

UNIVERSITÉ DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE N° 215

Contribution à l'étude
des
FIBROMES de la LANGUE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION de MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 1^{er} Juillet 1924

PAR

Raphaël ROUBENOVITCH

né à BELGRADE (Serbie) le 21 Juillet 1895



LYON
Imprimerie BOSC FRÈRES & RIOU
42, Quai Gailleton, 42
Téléphone 63-56

1924

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES FIBROMES DE LA LANGUE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE N° 215

Contribution à l'étude
des
FIBROMES de la LANGUE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION de MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 1^{er} Juillet 1924

PAR

Raphaël ROUBENOVITCH

né à BELGRADE (Serbie) le 21 Juillet 1895



LYON

Imprimerie BOSC FRÈRES & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1924

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire..... MM. H. HUGOUNENQ.
Doyen J. LEPINE.
Assesseur ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. BARD. ROQUE. TIXIER. BERARD. COMMANDEUR. ROLLET. NICOLAS. LEPINE (J.) WEILL. VILLARD. LANNOIS. ROCHET. NOVE-JOSSERAND CLUZET. HUGOUNENQ. MOREL. BRETIN. GUIART. LATARJET. POLICARD. DOYON. COLLET. MOURIQUAND. PAVIOT. X. ARLOING (F.). Etienne MARTIN. COURMONT (P.). PIC. X.
Cliniques chirurgicales.....	
Clinique obstétricale et Accouchements.....	
Clinique ophtalmologique.....	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	
Clinique neurologique et psychiatrique.....	
Clinique des maladies des enfants.....	
Clinique des maladies des femmes.....	
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	
Clinique des maladies des voies urinaires.....	
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	
Chimie biologique et médicale.....	
Chimie organique et Toxicologie.....	
Matière médicale et Botanique.....	
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	
Anatomie.....	
Histologie.....	
Physiologie.....	
Pathologie interne.....	
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	
Anatomie pathologique.....	
Chirurgie opératoire.....	
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	
Médecine légale.....	
Hygiène.....	
Thérapeutique, hydrologie et climatologie.....	
Pharmacologie.....	

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale.....	BARRAL.
— — — Urologie.....	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique.....	MM. PATEL.
Orthopédie.....	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Chirurgie expérimentale.....	LERICHE.
Stomatologie.....	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
THEVENOT Léon.	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FAVRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien)	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. BÉRARD, président ; SANTY, assesseur ;
DUNET et CHALIER A., agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans le dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

Faible témoignage de ma profonde
affection et de ma reconnaissance.

A MES FRERES

A MA SŒUR, A MON BEAU-FRERE, A MA NIECE

A CEUX QUI ME SONT CHERS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR L. BERARD,

*Professeur de Clinique Chirurgicale.
Officier de la Légion d'Honneur,*

Nous le prions d'agréer nos vifs remerciements pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider la soutenance de notre thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ
CH. DUNET,

Chevalier de la Légion d'Honneur.

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse. Qu'il veuille bien accepter nos sentiments de profonde reconnaissance, pour les conseils si précieux qu'il nous a donnés au cours de ce travail.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX DE LYON

Je dédie cette thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES FIBROMES DE LA LANGUE

Introduction.

C'est à l'occasion de l'observation de MM. Delore et Dunet, que nous avons entrepris le sujet de notre thèse. En effet, les fibromes de la langues, tumeurs bénignes, sont très rares. Il en existe dans la thèse de Castera vingt-quatre observations. Nous en apportons encore trois. Notre but est, comme celui de nos deux prédécesseurs (Du Fayet de Latour et Castera) de décrire uniquement les tumeurs bénignes fibreuses de la langue. C'est donc que nous voulons éliminer les lipomes, chondromes, etc., et les fibro-sarcomes.

Nous nous efforcerons, dans notre modeste travail, de montrer la différence qui existe, surtout au point de vue fonctionnel, entre certaines tumeurs qui sont bénignes à tout point de vue et d'autres présentant au contraire une certaine gravité due aux complications qu'elles entraînent. Ce sont, ces dernières, d'ailleurs, qui seules nécessitent réellement un traitement chirurgical, car, par suite de leur volume, comme nous le verrons, elles entraînent des troubles qui obligent le malade à venir consulter, tandis que les tumeurs de petit volume restent souvent ignorées du porteur lui-même et ne sont guère découvertes que par hasard.

Déjà, E. Blanc, élève de Poncet, en citant son observation de fibro-myome de la langue, a remarqué en passant qu'on peut distinguer en deux grandes classes les tumeurs fibreuses de la base de la langue :

« 1° Tumeurs à évolution lente et s'accompagnant de troubles fonctionnels presque nuls ;

2° Tumeurs à marche plus rapide et présentant des symptômes graves qui imposent parfois une intervention hâtive. »

Ce que Blanc n'a fait qu'effleurer, nous nous efforcerons de préciser au cours de ce travail.

Définition.

On entend sous le nom de fibromes de la langue, des *tumeurs bénignes, pédiculées ou non, de cet organe et constituées essentiellement par du tissu conjonctif adulte*: ce tissu de nouvelle formation provient, soit de la charpente conjonctive de la langue, dans ce cas la tumeur siège dans l'épaisseur de l'organe avec tendance vers l'énucléation, soit du derme muqueux auquel cas la tumeur siège à la surface de la langue ; cliniquement, ces tumeurs ont une allure bénigne, sauf quelques cas, où elle peuvent revêtir des caractères d'une certaine gravité.

On fait rentrer, comme l'ont fait Du Fayet et Castera, sous cette dénomination des tumeurs mixtes, où le tissu fibreux se trouve en prédominance. Ce sont alors des fibro-lipomes, fibro-myxomes, fibro-chondromes, etc.

Historique.

Les différentes observations parues dans la littérature médicale ont été réunies à deux reprises. La première fois, dans la thèse inaugurale de Du Fayet de la Tour, en 1891, travail qui est resté classique ; la seconde fois, dans le travail de Castera (Bordeaux 1913).

Il y a, dans l'histoire des fibromes de la langue, quelques points importants et intéressants à noter.

Dans sa thèse sur les tumeurs de la langue, Maisonneuve envisage, en 1848, le premier, la possibilité de l'existence des tumeurs fibreuses de cet organe, mais « sans citer les cas publiés à ce jour ». Depuis, des observations se sont suivies, soit dans la littérature française, soit dans la littérature étrangère. La suite chronologique des observations que nous avons emprunté à nos deux prédécesseurs et les nôtres donneront des renseignements suffisants au sujet des publications, des auteurs et des idées quelques particulières à ces dernières. ..

Jusqu'à la publication des cas de Pooley et de Fith, on s'est contenté seulement de constater l'existence de ces fibromes de la langue. Mais c'est surtout les observations de ces deux auteurs qui ont attiré l'attention

sur ces tumeurs, vu la gravité des hémorragies abondantes qu'elles ont occasionnées.

A partir de cette date, on trouve, dans les classiques, un chapitre spécial sur les tumeurs fibreuses de la langue : il en est ainsi dans l'ouvrage de Clarke (1873), dans le Traité de Follin et Duplay (1875). Mais ces descriptions sont sommaires et incomplètes.

En 1873, Hybord fait connaître, dans les *Archives générales de Médecine*, les caractères qui permettent de différencier les tumeurs fibreuses de la langue des tumeurs cancéreuses et syphilitiques.

En 1875, paraît, dans le *Dictionnaire Jaccoud*, l'article bien fait de Demarquay, sur les fibromes de la langue. Comme Hybord, il insiste sur le diagnostic différentiel de ces tumeurs avec les cancers, les épithéliomas enkystés, les squirrhés ulcérés (lorsque le fibrome présente une ulcération) et tumeurs syphilitiques.

D'après une indication de Zahn, dans la *Deutsche Zeitsch. für Chirur.*, en 1885, Burrow aurait publié, dans les *Arch. f. Klin. Chirurg.* (1875), un cas de fibrome de la langue. Tizzoni et Parona publient aussi un cas de fibromes de la langue dans les *Attnali universali de Medicina et Chirurgia* (Milan, 1878). Du Fayet de la Tour dit qu'il n'a pas pu se procurer la relation de ce cas.

Jusqu'en 1884, on ne trouve pas d'autres observations.

A cette date (1884), Blanc, élève de Poncet, publie une belle observation de fibro-myome de la langue, et affirme que c'est la première qui ait été signalée.

En 1885, se suivent deux cas de fibromes mixtes de la langue : un fibro-lipome dû à Albert, et un fibrome avec mélange de tissu osseux et cartilagineux dû à Zahn..

On trouve une étude courte, mais assez complète, de Butlin, dans son *Traité* (1885).

Haynes publie, en 1885, une observation personnelle de fibrome de la langue. Poncet fait de même à Lyon, et Bergmann à Berlin.

Comme on le voit, jusqu'à présent, à part les observations publiées dans les différents périodiques renforcées de quelques remarques par les auteurs, à part aussi les descriptions sommaires de l'affection dans les *Traités*, on ne trouve pas un travail d'ensemble, une synthèse de tous les cas.

C'est justement le grand mérite de Du Fayet de la Tour qui, en 1891, prend comme sujet de sa thèse les fibromes de la langue. Il réunit les différentes observations de l'affection qu'il a pu se procurer. Au cours de ce travail, nous aurons recours à cette thèse, qui est restée classique dans la question.

Depuis, un cas de fibro-myome de la langue paraît dans le *Dublin Méd. I. S.* (1895). Dubourdieu, en 1897, traitant les tumeurs bénignes de la base de la langue, fait une courte mention des tumeurs fibreuses de cette région ; il rappelle les difficultés de différencier les fibromes mous des lipomes ayant cette consistance. Bouisson fait de même en 1898, dans le *Dictionnaire Dechambre*, en insistant un peu plus sur leur constitution microscopique.

MM. Chavannaz et Sabrazès, de Bordeaux, publient dans la *Province Médicale* (1907), un article sur les fibromes de la langue, en relatant six nouveaux cas qu'ils ont observés. On y trouve une étude histologique détaillée. De plus, ils admettent que la cause occasionnelle de ces fibromes réside dans un traumatisme, une morsure le plus souvent. Nous verrons plus loin ce que nous pensons de cette question.

En 1910, Petges publie un cas de fibrome fasciculé de la langue, avec une excellente description histologique.

Vient la thèse de Castera (1913). L'auteur reprend les observations citées par Du Fayet de la Tour ; il y en ajoute neuf. Nous nous permettrons de faire quelques emprunts à ce travail, comme aussi d'y apporter quelques modifications et critiques qui nous ont paru nécessaires.

Depuis 1913, nous avons recherché les observations parues jusqu'en 1924. Nous n'avons pu trouver que trois observations françaises.

Celle de M. Morestin, présentée à la Société Anatomique de Paris (1913).

Celle de MM. Delore et Dunet, publiée dans *Lyon Médical* (1923).

Celle de M. Rendu, publiée dans le même journal et la même année.

Ce sont ces trois cas très intéressants de fibromes de la langue qui vont servir de base dans notre modeste travail. Ils nous permettront d'insister sur le point suivant : c'est que les fibromes linguaux, tumeurs bénignes, peuvent, par leurs troubles fonction-

nels et surtout par leur évolution progressive, par leur gros volume, provoquer une gêne marquée des fonctions de respiration, mastication, déglutition, et être ainsi, dans des cas heureusement rares, doués d'une gravité relative.

A la fin, nous devons remarquer que les cas de fibromes de la langue cités ci-dessus n'épuisent pas tous les cas publiés jusqu'à présent. Il y a un certain nombre, épars dans les journaux étrangers ; il nous a été impossible de nous procurer les relations, malgré nos recherches à la Bibliothèque de Lyon.

Nous les citons ci-après, à l'exemple de Castera, et par ordre chronologique.

1859. Varick (J. R.). — Removal of a fibre-cellular tumor from the with the écraseur. *N. York I. M.*, 1859, 3 s. VII, p. 284.

1864. Richardson (B. W.). — Fibrous tumour of the tongue of one pound in weight. *Med. Times et Gaz.*, Londres, 1864, I. p. 572.

1875. Burrow. — Un cas de fibrome de la langue. *Archive für Klin. Chir.*, 1875.

1876. Rice (W. R.). — Fibrous tumor between the epiglottis and base of the tongue, removed with the écraseur. *Indian M. Gaz.*, Calcutta, 1876, XI, p. 152.

1878. Tizzoni et Parona. — Fibromes de la langue et de la lèvre supérieure. *Annali universali de Medicina et Chirurgia*, Milan, août 1878.

1889. Fischer. — Angio-fibrome der Zunge. *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, Leipzig, 1889, XXIV, pp. 581 à 590.

1892. Wright. — Un cas de fibro-épithéliome de la base de la langue. *Tr. am. Laryngol. Ass.*, 1892, N.-Y., 1893, XIV, pp. 27-30.

1896. Herstfeld. — Double fibrome de la pointe de la langue. *Berliner Klin. Woch.*, 1896, p. 723.

1898. Martuscelli (G.). — Fibroma pedunculato polypo (Polypo fibroso della lingua), 1898, XVIII, 145 à 154 (1 pl.).

1906. Martuscelli. — Fibroma congenito della lingua. *Bull. de mal. de orecchio de gola ed nazo*, Firenze, 1906, XXIV, pp. 133-137.

1907. Martuscelli. — Una osservazione di fibroma della lingua concomitante con fibromi della larynge. *Arch. ital. di laryngol.*, Napoli, 1907, XXVII, 25 à 28 (1 pl.).

1907. Wiggin (E. H.). — Case of multiple fibro-sarcome of the tongue with remarks on the use of trypsin and amylopsin in the treatment of malignant disease. *I. ann. m. ass.* Chicago, 1906, XLII, 2003-2008

1913. Mc Farlan. — Case of fibro-angioma of the tongue, *The Laryngoscope*.

Notons, pour terminer l'énumération, que Morestin a traité avec quelques détails, les fibromes de la langue dans le *Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet*.

Disons aussi que beaucoup de ces petits fibromes linguaux, qui ne gênent en rien le malade, lequel l'ignore même, ne parviennent même pas jusqu'au chirurgien. Ou, s'il en connaît l'existence, il ne veut pas se soumettre à une intervention pour une affection qui ne le gêne pas du tout.

Observations.

OBSERVATION I

(M. H. MORESTIN, *Bull. et Mém. de la Société anat.* Paris, 1913)

Fibrome de la muqueuse linguale

Le 18 janvier, j'ai eu l'occasion d'observer une femme de 50 ans, qui présentait sur la face dorsale de la langue, au niveau des bords, trois petites tumeurs, deux du côté gauche, une du côté droit, non loin de la pointe. Ces tumeurs offraient toutes trois la même apparence, mais celle du côté droit était notablement plus volumineuse, et, de plus, depuis quelques jours, elle occasionnait quelques sensations désagréables ou douloureuses.

Celle-ci était grosse comme un pois et formait un relief plus qu'hémisphérique. Elle semblait enchâssée dans la muqueuse linguale. Tout autour d'elle, la muqueuse était saine et souple, et n'aurait rien présenté de remarquable si l'on n'eût aperçu çà et là quelques figurations d'origine congénitale, formant une sorte de ce que l'on a décrit sous le nom de langue scrotale.

La petite tumeur offrait une surface parfaitement lisse ; toutefois au niveau de sa portion la plus saillante, elle était comme dépolie, sa coloration était d'un blanc grisâtre ; sa consistance très dure ; elle était indolente au toucher.

Les dents étaient belles et bien tenues. La petite tumeur, comme ses congénères, évoluait silencieusement depuis plusieurs années déjà.

Le diagnostic ne me parut pas douteux, et je pensai que nous étions en présence de trois petits fibromes. Ces lésions ne ressemblaient à aucune autre que j'ai eu l'occasion d'observer au niveau de la langue, mais en raison de leur coloration blanc grisâtre, de leur surface lisse, de leur lente évolution et principalement de leur consistance très dure, ce diagnostic paraissait le seul satisfaisant.

Le 21 janvier, je fis l'extraction de la tumeur du bord droit, la malade tenant expressément à conserver les deux autres.

L'opération n'offrit aucune difficulté et put être pratiquée à la cocaïne. J'excisai assez largement la base d'implantation. Une petite ligature sur une artériole fut nécessaire, et la plaie fut réunie par des points de suture à la soie.

La guérison fut obtenue en 5 jours.

L'examen de la tumeur montre qu'elle est longée tout entière dans l'épaisseur du derme muqueux ; au-dessous d'elle, on aperçoit le corps charnu de la langue, parfaitement sain, et la limite profonde du derme, qui est très régulière, nullement déprimée vers la profondeur ; à la surface de la tumeur, on voit se contenir l'épithélium lingual conservant ses caractères typiques jusqu'au voisinage de la partie la plus saillante où cet épithélium est en partie détruit.

Les couches les plus superficielles de la tumeur, au voisinage de cette exulcération, sont infiltrées de lymphocytes et présentent sur une faible épaisseur un aspect inflammatoire. Tout le reste de la tumeur est constitué par du type fibreux pur, et ce type se continue graduellement avec le derme muqueux.

Ce fibrome est superficiel, il a pris naissance dans l'épaisseur même du derme : il y est compris tout entier ; il se continue avec lui sans ligne de démarcation et semble en être un énorme épaissement.

OBSERVATION II

(DELORE et DUNET, *Lyon Méd.*, 10 mars 1923)

Fibromes de la langue chez un jeune homme de 18 ans. Énucléation.

Le malade, jeune homme de 18 ans, aperçut, il y a trois ans environ, d'une légère augmentation de volume de sa langue, puis d'une tumeur proprement dite qui atteint progressivement, sans augmentation brusque de volume, la grosseur actuelle ; à deux reprises, il apparut de petites hémorragies buccales.

A son entrée dans le service, la tumeur *a le volume d'un œuf de poule*. Elle occupe la face dorsale de la langue qu'elle déforme en dôme ; elle est souple, située sur la ligne médiane, tout en empiétant un peu plus à gauche qu'à droite.

Elle est dure, indolore, parfaitement bien limitée, et la muqueuse ne présente aucune lésion à son niveau.

Les troubles fonctionnels sont presque nuls, la langue est tirée très facilement hors de la bouche ; le malade accuse simplement une légère difficulté de la mastication et de la déglutition.

L'intervention pratiquée le 18 août 1922 consista simplement, après extériorisation facile de la langue, en une incision longitudinale paramédiane gauche. La tumeur, uniquement recouverte par la muqueuse fut énucléée sans aucune difficulté. Cette énucléation s'accompagna d'une hémorragie très abondante, immédiatement jugulée par la suture profonde des deux lèvres de l'incision.

Dès le lendemain, un œdème considérable de toute la langue comblait toute la cavité buccale, nécessitant l'alimentation par une sonde nasale.

Au douzième jour, cet œdème avait presque complètement disparu et le malade rentrait chez lui guéri.

La pièce opératoire montre qu'il s'agissait d'une tumeur parfaitement encapsulée, d'aspect assez régulièrement ovoïde ; sa surface extérieure présente de petites mamelonnures peu saillantes.

A la coupe, elle offre un aspect blanchâtre, homogène ; elle est entourée d'une capsule qui se laisse facilement décor-tiquer.

Au centre, on remarque une cavité pseudo-kystique, irrégulière, anfractueuse, hémorragique, de 2 centimètres de longueur environ et correspondant à une zone de nécrose.

Les dimensions de cette tumeur sont les suivantes :

Longueur : 6 centimètres et demi ; largeur : 4 centimètres ; épaisseur : 4 centimètres ; poids : 41 grammes.

L'examen histologique, pratiqué sur des points différents, nous a montré l'absence complète d'élément épithéliaux ou d'éléments conjonctifs spécialisés, cartilagineux, etc.

Il s'agit d'un *fibrome pur*.

A la périphérie, existe une capsule constituée par un tissu conjonctif lamelleux, pauvre en cellules, d'où partent de minces travées déviant la masse centrale en larges languettes comblées par des éléments cellulaires allongés, groupés en faisceaux ou en tourbillons. La substance collagène a pris un développement considérable et perd fréquemment sa structure fibrillaire pour devenir homogène, parfois granuleuse. Nous n'avons trouvé nulle part traces d'éléments musculaires.

OBSERVATION III

(Robert RENDU, *Lyon Méd.*, 10 juillet 1923.)

Fibrome pédiculé de la base de la langue.

A... (Marius), 45 ans, est pensionné de l'Etat pour une constriction des mâchoires consécutives à un violent traumatisme reçu en captivité car la région mentonnière (en 1918). Il réclame une augmentation de pension pour divers troubles qu'il éprouve depuis quelques années, surtout depuis deux ans, et qu'il attribue aux gaz de guerre. Ces troubles consistent en un certain empâtement de la parole, un timbre guttural de la voix et des troubles de la déglutition (les solides sont avalés avec difficulté, les liquides provoquent de la toux quand la déglutition est rapide).

L'examen est gêné par la construction des mâchoires qui ne permet qu'un écartement de 1 centimètre et demi des incisives : on ne note rien autre qu'une langue scrotale congénitale. Aucune partie du larynx n'est visible à l'examen au miroir : épiglote, aryténoïdes et cordes sont complètement marqués par une masse grisâtre, arrondie, lobulée. L'index introduit avec difficulté entre les incisives permet de mobiliser un polype lobulé, qui paraît inséré sur la base de la langue, juste en avant de l'épiglotte.

L'ablation en est faite, sous contrôle digital, après cocaïnisation, avec un serre-nœud monté sur un guide-anse courbe épousant la convexité de la langue : une première prise ramène un polype fibreux du volume d'une grosse cerise (20 sur 22 millimètres) ; le toucher digital montrant que l'ablation n'est pas complète, on fait une seconde prise qui permet d'enlever une autre masse arrondie un peu moins volumineuse (13 sur 17 millimètres), ainsi que le pédicule de la tumeur. Hémorragie insignifiante : suites normales. Disparition des troubles de la phonation et de la déglutition. A noter aussi, chose curieuse, la disparition *complète et immédiate de la constriction des mâchoires* qui durait depuis cinq ans et avait résisté à tous les traitements (dilatation caouthoutée ou autre). Le malade qui, avant l'intervention, ne pouvait pas écarter les incisives de plus de 1 centimètre et demi, est tout étonné de suite après, de pouvoir les écarter normalement (3 centimètres et demi).

L'examen laryngoscopien montre qu'il n'y avait bien qu'un pédicule et que le point d'implantation était situé sur la ligne médiane, à 1 centimètre environ en avant de l'épiglotte.

L'examen histologique fait au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté et dû à l'obligeance de notre ami le Docteur Colrat. « On trouve, à la périphérie de la préparation, un épithélium de revêtement normal, à peine hyperplasié, reposant sur derme dont les premières portions sont devenues fibreuses et contiennent de très nombreux vaisseaux dilatés, entouré d'une exsudation lymphocytaire très marquée. Très rapidement, à mesure que l'on s'enfonce dans la profondeur, l'aspect change et l'on se trouve en présence d'un tissu beaucoup plus lâche formé de mailles conjonctives entre lesquelles

se dispose une substance amorphe hyaline. De quoi s'agit-il ? Incontestablement d'une tumeur bénigne. Quant à la nature même de cette tumeur on peut songer soit à un polype muqueux, soit plus vraisemblablement à un *polype fibreux devenu œdémateux par gêne de la circulation de retour*.

Il s'agit en somme d'un malade qui présentait depuis quelques années un peu de dysphonie et de dysphagie (timbre guttural de la voix, toux de déglutition pour les liquides avalés rapidement) et qui attribuait ces troubles à l'action des gaz de guerre, alors qu'ils étaient dus à un polype fibreux de la base de la langue. Cette tumeur, de forme lobulée, ressemblait assez à deux cerises juxtaposées, avait une teinte blanc jaunâtre, et était implantée par un court pédicule du diamètre d'une plume d'oie, à 1 centimètre en avant de l'épiglotte, sur la ligne médiane.

L'examen histologique a montré qu'on avait affaire à un polype fibreux œdémateux.

Signalons pour terminer le curieux fait suivant : notre malade présentait *depuis cinq ans*, une constriction réflexe post-traumatique des mâchoires, qui avait résisté à divers traitements dilatatoires et qui guérit instantanément à la suite de notre petite intervention linguale.

OBSERVATION IV

(NOTTA, *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*,
17 septembre 1856)

Fibrome pur de la langue.

Au mois de mai 1851, je vis un garçon meunier, âgé de 29 ans, portant une tumeur développée au milieu de la portion libre de la langue.

Cette tumeur a commencé à se manifester, sans cause appréciable, il y a 9 ans, et insensiblement elle a acquis le volume d'une noix que nous lui trouvons aujourd'hui. De temps à autre, elle augmente de volume et devient alors le siège de quel-

ques élancements. Hormis cela, elle est complètement indolente.

Cette tumeur fait saillie à la face supérieure de la langue, et dans le point le plus saillant, situé sur la ligne médiane à trois centimètres de l'extrémité libre, existe une surface ulcérée superficiellement, grisâtre, ayant environ trois millimètres d'étendue.

Au toucher, cette tumeur est très dure. Le tissu de la langue semble lui adhérer intimement, mais n'est pas induré. Il n'y a pas d'antécédents syphilitiques.

L'ablation de la tumeur ayant été résolue, on procéda de la manière suivante : le malade assis sur une chaise, fut endormi avec le chloroforme. La langue, maintenue hors de la bouche, avec des érignes, une incision antéro-postérieure sur le point ulcéré de la tumeur fut pratiquée et il devient alors facile de l'énucléer. La guérison fut rapide. La tumeur présente une forme irrégulière. La surface est mamelonnée. Elle est formée d'un tissu homogène blanchâtre, dépourvue de vaisseaux à la coupe, elle présente une surface divisée en lobules par des tractus fibreux. La pression n'en fait écouler aucun liquide.

Au microscope, on y a trouvé tous les caractères du tissu fibreux pur, sans mélange d'aucun autre tissu.

OBSERVATION V

(LAUGIER, *Tumeur fibreuse de la langue.*)

Extirpation. — Guérison. — Septembre 1855.

Le nommé F..., est âgé de 32 ans. Il avait 15 ans à ce qu'il rapporte quand il découvrit, sur le bord droit de sa langue une petite grosseur du volume d'une lentille et aplatie comme elle. Elle fit peu à peu des progrès pour qu'à vingt ans son volume n'excédât pas celui du bout du doigt. Du reste, elle ne provoquait ni gêne ni douleur. Mais, quelques années plus tard, elle crût assez rapidement, se partagea en plusieurs lobes et rendit la prononciation difficile.

Implantée sur le bord droit de la langue, à deux travers de doigt en arrière de sa pointe. Son volume ne peut être mieux comparée qu'à celui de la portion de la langue qu'un effort fait saillir hors de la bouche ; et, en effet, dans la position indiquée sur la figure, il semble qu'on voit une langue irrégulièrement bifide. Sa surface est trilobée. La muqueuse qui la recouvre est celle de la langue amincie. Sa couleur est rosâtre, mais comme un peu lavée, rappelant celle des polypes utérins ; sa consistance ferme, duré même, sans point fluctuant. Le pédicule est facilement poursuivi et limité dans l'épaisseur de l'organe.

La présence de la tumeur n'est manifestée à l'extérieur que par un léger soulèvement de la joue. Au moment où elle franchit l'arcade dentaire, puis le sphincter labial, elle se déploie tout d'un coup à la manière d'une tige élastique.

On procéda à l'opération. La portion gauche de la langue étant fixée entre les deux doigts d'un aide au moyen d'une compresse sèche, on circonscrit le pédicule au moyen d'une incision elliptique. L'énucléation se pratiqua avec la plus grande facilité par la dissection rapide du tissu cellulaire lâche qui enkyste la portion intralinguale de cette tumeur.

La petite artère nourricière du produit morbide ayant été liée, les deux lèvres de la plaie sont réunies par trois points de suture ordinaire. Le surlendemain, les fils sont enlevés. Six jours après l'opération, le malade demande à sortir. Il est revenu se montrer deux fois et est parfaitement guéri.

La nature de cette tumeur ne fut pas telle qu'elle avait été prévue avant l'opération. On pensait qu'il s'agissait là d'hypertrophie des glandes linguales.

Déjà, la section pratiquée dans son épaisseur, ne montre qu'une coupe uniforme malgré les lobes et au microscope, on n'y découvre que du tissu fibreux avec quelques éléments fibro-plastiques.

Une particularité importante au point de vue de l'opération est l'enkystement de la portion intra-linguale de la tumeur, d'où sa facile énucléation. D'où proviennent ces lobes qui ont fait croire à une tumeur ganglionnaire ? Très probablement du contact avec les dents, qui n'étaient que très légèrement déjetées en dehors.

OBSERVATION VI

(WATERHOUSE, *Boston Méd. and. Surg. Journ.*, 1865)

Fibro-lipome de la langue.

M. Canney, âgé de 16 ans, vient chez moi, demander mon avis quant à une tumeur située sur sa langue.

La tumeur avait été remarquée trois ans auparavant ; elle était alors de petit volume, mais avait augmenté graduellement depuis, jusqu'au moment où je la vis, et où, à cause de son volume, elle causait une grande gêne. La face du malade était grossie du côté droit, à cause de l'agrandissement lent, mais persistant de la tumeur qu'elle contenait.

En examinant la langue, je trouvais une tumeur, d'un volume considérable, située du côté droit de la face supérieure, et, en même temps, inclinée du même côté, de sorte qu'elle refoule la substance de l'organe à gauche, et le comprime dans de très étroites limites. La tumeur était d'une fermeté considérable, quelque peu élastique, bien délimitée antérieurement, située à un pouce de l'extrémité de la langue, lorsque l'organe était au repos et ne paraissait par là faire partie de son tissu ; mais postérieurement, elle se confondait avec la substance de la langue et n'était pas aussi nettement délimitée. Des vaisseaux congestionnés, de forte dimension, couraient sur sa face postérieure et s'étendaient jusqu'à ses bords ; ailleurs, la muqueuse paraissait saine bien que tendue. Elle ne causait pas de douleur au malade, mais depuis quelques mois sa face supérieure était quelque peu sensible.

Après un soigneux examen, je diagnostiquai une tumeur fibreuse et conseillai l'ablation dans l'intention de débarrasser le patient d'une entrave à la parole et à la déglutition.

Après administration du chloroforme, je procédai à l'opération en passant d'abord une forte ligature à travers l'extrémité de la langue pour assurer ses mouvements ; je chargeai alors un aide de tirer la langue en avant et à gauche et ainsi de me mettre autant que possible la tumeur en bonne exposition, et fixant dans sa substance une érigne, je menai une incision semi-lunaire latérale et une autre sur son bord supérieur de

façon à comprendre entre elles les téguments, sauf ce qu'il en fallait pour recouvrir la plaie.

La portion extérieure se sépara facilement des portions sous-jacentes. Mais la postérieure se confondait intimement avec la substance de la langue, de sorte que je fus obligé de disséquer profondément dans l'organe ; en ce faisant je sectionnai l'artère linguale qui donna furieusement. J'enlevai immédiatement la tumeur et saisis l'artère avec une pince.

J'appliquai un fil à ligature et le nouai en m'aidant d'une pince tenue dans chaque main ; ce temps se fit avec quelques difficultés à cause de la situation du vaisseau, mais je préfèrai ce moyen aux divers procédés usités en pareille circonstance.

Après que l'hémorragie eut été arrêtée, la plaie fut nettoyée et réunie par trois points de suture interrompue et l'opération terminée : sa durée entière n'avait été que de quelques minutes. La plaie guérit bien, de sorte que quinze jours après, l'enfant put se rendre en classe et lire à haute voix d'une façon tout à fait convnable.

La tumeur après son ablation était de forme ovoïde ; elle avait deux pouces de long, un pouce trois quarts de large et pesait 22 dwt. (34 gr.).

L'examen microscopique démontra sa structure fibreuse ; elle plongeait, sans faire corps avec eux, dans les muscles avec lesquels elle était en contact. On trouve quelques traces de graisse dans sa portion centrale, qui était de couleur brônâtre ; mais aucun élément de nature maligne ne fut décelé autour d'elle.

OBSERVATION VII

(MASON, *Lancet*, 1863, II, 533)

Fibrome congénital multiple de la langue.

La malade est âgée de 25 ans. Au moment de sa naissance, l'attention fut attirée sur sa langue qui portait trois tumeurs dont la situation est indiquée par le dessin ci-joint (1).

La mère reçut l'avis formel que toute intervention chirurgicale serait suivie d'une hémorragie fatale ; les parents disent que les tumeurs ont environ le même volume depuis sa naissance, et d'autant plus loin qu'elle puisse se le rappeler, elles n'ont jamais varié, jusqu'il y a environ un mois, époque où la tumeur antérieure a grossi légèrement. Cette tuméfaction disparut rapidement et la tumeur a présenté depuis son apparence habituelle.

Trois tumeurs paraissent attachées à la langue ; la plus petite est de la grandeur d'une noisette, sa voisine, de la largeur d'un shilling, et la plus étendue mesure deux pouces et un quart d'épaisseur et un quart de pouce dans le sens antéro-postérieur. Chaque tumeur est réunie à la langue par un pédicule étroit. Sa surface, de couleur rosée, paraît saine et présente de fins vaisseaux courant au-dessous d'elle. Les tumeurs sont uniformément basses, fermes, cependant au toucher, n'ont nullement l'aspect papillaire, et ne présentent en aucune façon la structure ordinaire de la langue. Lorsque la langue est portée en avant, les tumeurs se présentent comme sur le dessin, et lorsqu'elle est in situ, la tumeur antérieure repose sur son dos. La parole est à peine empêchée ; il n'y a pas de difficultés de la mastication ; l'exploration est indolore.

Je plaçai donc une ligature autour du col de la tumeur et enlevai celle-ci avec les ciseaux. Il n'y eut pas d'intervention sur les autres tumeurs. Pas d'hémorragie.

(1) L'une, assez longuement pédiculée, est située à la portion antérieure de la moitié gauche près de la pointe ; la deuxième sur la même moitié, un peu en avant de la branche correspondante de V lingual ; la troisième, de beaucoup la plus petite, à l'union du tiers antérieur et des deux tiers postérieurs de la moitié droite.

Un section montre la nature fibro-cellulaire de la tumeur ; elle était formée d'un réseau fibreux comprenant la tumeur entière ; dans les mailles se trouvait un fluide gélatineux d'une couleur jaunâtre. Le microscope montre le délicat tissu fibro-cellulaire avec de nombreuses cellules à noyau. L'épithélium enveloppant la tumeur ne présentait pas de cils.

OBSERVATION VIII

(GIBB, *Diseases of throt and Windpipe*, 2^e édit., London, 1861, p. 312.)

Tumeur fibreuse congénitale multiple de la langue.

En juillet 1862, j'enlevai une tumeur fibreuse de la langue de la grandeur d'une petite bille (à l'aide du miroir laryngien) et située sur le côté gauche du dos de la langue d'une femme mariée. Elle causait une grande gêne et des attaques de suffocation, parce qu'elle venait en contact avec le côté gauche de l'épiglotte.

La plus petite tumeur était de la grosseur d'une noisette ; sa voisine de la longueur d'un shilling et la plus grande avait de deux à trois pouces de long. Chaque tumeur était suspendue à un étroit pédicule. Lorsque la langue occupait sa situation normale, la tumeur antérieure reposait sur son dos, la parole était à peine empêchée et il n'y avait de difficulté de la mastication. J'enlevai la plus grande des tumeurs que l'examen démontre être de nature fibro-cellulaire.

OBSERVATION IX

(J. PAGET, *Lancet*, 1867, vol. II, p. 718.)

Tumeur fibreuse de la langue.

Il s'agit d'une jeune fille qui montrait sur la face dorsale de sa langue, près de la base et à droite de la ligne médiane, une tumeur du volume d'une grosse noisette ou d'une petite fève. Elle était dure au toucher. Elle fut l'objet de diagnostics variables : un kyste sébacé calcifié, un kyste hydatique ratainé ou une tumeur fibreuse. Cette dernière opinion se trouva par la suite démontrée être la bonne. Je la saisis avec une pince, et, l'ayant divisée en deux moitiés avec le bistouri, je l'enlevai facilement. Elle était blanche, dure et de nature fibreuse.

OBSERVATION X

(POOLEY J.-H., *Amer. Journ. of. médic. sc. n. s.* Avril 1872, I, p. 836.)

Tumeur fibreuse de la langue.

Je fus appelé par le médecin de la famille de Mlle C... pour une tumeur du larynx, croyait-il, qui gênait la respiration, donnait lieu de temps en temps à de sérieuses hémorragies. Je la trouvais tout à fait pâle et anémiée. Elle disait qu'environ un an auparavant, elle avait commencé à ressentir quelque gêne dans sa gorge ; elle n'y fit d'abord que peu d'attention, car elle la considérait comme la suite d'un mal de gorge ordinaire, mais cette gêne devint rapidement plus pénible.

En abaissant la langue, je pus facilement voir vers la base la saillie d'une tumeur ronde, lisse, paraissant de la grandeur d'un œuf de pigeon. En passant mon doigt dans la bouche, je trouvai la tumeur très ferme; dure, incompressible. Elle était située sur la base de la langue, en partie du moins, car elle était située tellement en arrière, que malgré l'intro-

duction de deux doigts, je ne pus circonscrire en entier sa base ou son pédicule qui me parut large, et je craignais qu'il entamât le bord du larynx. La tumeur n'était pas sessile, mais avait un large pédicule. Elle gênait sérieusement la déglutition, de sorte que, pendant quelque temps, la malade n'avait pu prendre de nourriture solide ; mais la tumeur était indolente et ne gênait pas la respiration à un très haut point ; elle n'empêchait pas la parole ; elle avait donné lieu à trois hémorragies assez graves.

Je lui conseillai d'avoir un examen laryngoscopique de la tumeur, mais pendant ce temps elle fut atteinte d'une très grave hémorragie assez abondante pour amener une syncope, On ne peut avoir une idée exacte de la quantité de sang perdu, car une grande quantité du liquide fut recueillie sur les draps et les serviettes, mais l'entourage dit que pendant quelques minutes le sang coulait à flots de sa bouche. L'hémorragie fut arrêtée par application locale d'une forte solution de persulfate de fer, et la malade est prévenue qu'il fallait enlever sa tumeur de suite, mais elle refusa. Les hémorragies se répétèrent de temps en temps, à intervalle de quelques jours ou d'une semaine ; je lui répétai mes avis quant à l'ablation de la tumeur, mais elle persista dans son refus.

Les intervalles entre les attaques hémorragiques devenant de plus en plus courts, et devant la menace d'une terminaison fatale, la malade donna son consentement et je procédai à l'opération. On ne pouvait faire grand fond sur la ligature ; je redoutai de me servir du bistouri ou des ciseaux, même si j'avais pu atteindre avec eux la base de la tumeur, ce qui était impossible.

Je m'étais donc muni d'un écraseur convenablement courbé à son extrémité, et après quelques efforts, je réussis à placer la tumeur dans l'axe du fil en la poussant aussi profondément que possible avec mon doigt, et je commençai à serrer doucement, mais la base du pédicule était tellement large et dure que le fil se rompit, et comme la section eut lieu près de la boucle, il fallut enlever l'instrument et ajuster un nouveau fil. En serrant de nouveau, après quelques tours, le second fil cassa, par bonheur près de la tige ; je l'arrangeai et nous continuâmes ; il cassa de nouveau. L'instrument fut

enlevé de nouveau et j'y fixai un fil deux fois plus épais que le précédent. Il supporta la traction très bien pendant un instant, mais à la fin il se rompit aussi et dut être noué.

L'accident se reproduisit quelques fois, jusqu'à ce que, par la fin, la tumeur fut sectionnée. L'opération se fit sans anesthésie, la patiente assise sur une chaise basse. Elle fut près de s'évanouir à différentes reprises ; des accès de suffocation interrompirent fréquemment la marche de l'opération.

L'opération dura plus d'une heure et fut la plus difficile et la plus inquiétante qui me soit jamais échue.

Une des causes de l'insuccès fut la construction défectueuse de mon instrument ; les bords de la fente par laquelle l'anse émergeait n'étant pas suffisamment adoucis et arrondis, ils usaient le fil.

L'opération se fit sans une goutte de sang et aucune hémorragie secondaire n'eut lieu. Vers la fin, la patiente se trouvait dans un extrême épuisement ; et au moyen d'une alimentation appropriée et des toniques, la malade guérit d'une façon étonnamment rapide et demeure parfaitement bien actuellement.

La tumeur était de la grosseur d'un œuf de poule de Bantam ; de forme parfaitement sphérique, avec un pédicule d'un pouce de diamètre ; il y avait quelques fissures étoilées sur la muqueuse dont elle était recouverte, lesquelles fissures étaient sans doute l'origine de l'hémorragie ; sa structure était celle d'un fibrome dur, et rappelait exactement, comme aussi les symptômes, les polypes bien connus de l'utérus.

OBSERVATION XI

(FITH J.-H., *De Francetown the Amer. Journ. of. mld. sc.*,
juillet 1872.)

Tumeur fibreuse de la langue.

Miss H..., 30 ans, vint me consulter pour un léger mal de gorge. J'examinai le pharynx en déprimant la langue, quand je découvris à la base de celle-ci une tumeur de la taille d'une

aveline. La malade ignorait absolument son existence. Il n'y avait eu ni gêne, ni douleur, ni dyspnée, ni dysphagie, ni hémorragie qui put annoncer sa présence.

La tumeur occupait exactement la ligne médiane, sur la base de la langue ; elle était située tellement en arrière qu'on éprouvait une certaine difficulté à passer le doigt derrière elle ; excessivement dure, incompressible et mobile, elle était sessile ou tout au moins son pédicule, s'il existait, était assez large pour ne pouvoir remuer. L'examen, quoique pénible, n'était pas douloureux.

Je soignai la malade jusqu'en novembre où je l'envoyai pour un examen laryngoscopique et consulter sur l'opportunité d'une opération. La tumeur avait cependant peu à peu augmenté de volume, si bien qu'on la voyait remplir la presque totalité de l'isthme quand la malade ouvrait la bouche et tirait la langue.

Quant aux troubles fonctionnels, ils étaient si légers que l'inquiétude seule pouvait en être la cause.

En janvier, elle fut examinée et opérée par Bigelow. La tumeur fut enlevée en masse avec l'écraseur pendant le sommeil dû à l'inhalation d'éther. Elle était grosse alors comme un œuf de pigeon.

J'appris qu'il n'y avait pas eu de perte de sang notable. La malade guérit promptement, trois à quatre semaines après. La tumeur fut déclarée fibreuse, peut-être fibreuse récidivante ; mais jusqu'à présent, il n'y a pas eu trace de repullulation.

OBSERVATION XII

(BLANC (E.), *Gaz. heb. de méd. et chir.* Paris, 1884, p. 611.)

Fibro-myome de la langue.

François M..., 34 ans, entre à l'hôpital pour une tumeur du pharynx sur le début de laquelle il ne peut nous donner aucun renseignement.

Depuis une dizaine d'années, les personnes qui l'entourent lui sigalaient un timbre particulier de sa voix ; elle était rau-

que et nasonnée, caractère qu'on retrouve actuellement sans que le malade puisse dire s'il s'est accentué.

Pendant ces dix dernières années, il ne se souvient pas de s'être jamais ressenti d'aucun malaise du côté du pharynx. Pas de symptômes de dyspnée, ni de dysphagie, jamais d'hémorragie.

Néanmoins, en interrogeant avec instance le malade, on lui fait avouer certains symptômes assez vagues. Ainsi, il nous raconte que sa femme se plaignait fréquemment d'être réveillée la nuit par un bruit de ronflement exagéré. Parfois, se trouvant endormi dans le décubitus dorsal, il était brusquement éveillé avec une sensation très pénible de manque d'air, il était obligé de se coucher sur le côté. Le malade accuse en outre depuis quelque temps une sensation très incommode de démangeaison dans le pharynx, occasionnant de petits accès de toux qui surviennent plus particulièrement le soir et la nuit ; ils sont de peu de durée.

Tous ces symptômes semblent s'être accentués peu à peu. Le malade ne se doutait nullement de leur cause quand, il y a quelques jours, un étranger, frappé du timbre bizarre de sa voix, lui examina la gorge et lui révéla la présence d'une tumeur.

A son entrée, M. Poncet constate dans le pharynx une tumeur du volume d'un gros œuf, piriforme, à base supérieure. Elle est médiane et verticale ; son extrémité atteint et refoule le voile du palais ; la luette est courbée par elle en forme d'arc à concavité antérieure.

Du bord droit de la tumeur, on voit partir un repli muqueux, rappelant la disposition d'un ligament large, la reliant à l'amygdale. La tumeur paraît mobile en tous sens, surtout latéralement, mais dans des limites étroites ; située tout à fait à la base de la langue, elle permet le passage du doigt entre sa face postérieure et l'épiglotte ; on reconnaît ainsi qu'elle est complètement indépendante, mais fixée à l'organe par une large base d'implantation.

Dure, incompressible, elle est recouverte d'une muqueuse pourvue d'un fin réseau vasculaire. Pas d'engorgement ganglionnaire.

M. Poncet procède à l'ablation de la tumeur attirée et maintenue au dehors par une anse de fil métallique passée au travers. A l'aide de forts ciseaux, courbés sur le plat, il en excise successivement plusieurs fragments dont l'ensemble représente plus de la moitié du volume total. Hémorragie insignifiante, très facilement arrêtée par des gargarismes avec de l'eau glacée. Les suites furent des plus simples. La malade, notablement améliorée, voulut quitter l'hôpital quelques jours après l'opération.

L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'un fibromyome avec prédominance du tissu fibreux; les fibres cellules sont néanmoins en très notable quantité. Cinq mois après l'opéariton, le malade revient nous voir complètement guéri. Il raconte que, notablement amélioré à sa sortie de l'hôpital, il put reprendre immédiatement son travail. Mais au bout de trois jours, il survint brusquement une tuméfaction considérable du cou, accompagnée de douleurs intenses dans le gosier. Ces symptômes durèrent une quinzaine de jours, pendant lesquels le malade, en proie à de vives souffrances, et à une dyspnée des plus pénibles, dut garder un repos complet. A plusieurs reprises, il s'écoula par la bouche un liquide saniemieux, purulent et d'une odeur infecte, provenant évidemment de la tumeur enflammée.

Au quizième jour, le malade dans un effort de toux, expulsa une masse charnue, volumineuse, non pédiculée, gris noirâtre, rappelant, dit-on, « l'aspect d'un morceau de viande pourrie ». Ce bloc répandait une odeur insupportable. L'expulsion de la tumeur fut le signal d'une détente brusque dans les phénomènes inflammatoires. Depuis bientôt cinq mois, le malade n'éprouve plus aucune gêne, ni de la parole, ni de la respiration.

L'examen de l'état local fait constater qu'il n'existe plus de tumeur; on trouve seulement à la partie gauche du siège primitivement occupé par elle, un petit noyau cicatriciel.

Parmi les particularités les plus intéressantes de cette observation, nous ferons tout d'abord remarquer la lenteur avec laquelle s'est développée la tumeur et surtout l'absence presque absolue de troubles fonctionnels. Voici un néoplasme

qui obstrue à peu près complètement l'isthme du gosier, et le porteur en éprouve si peu de gêne et de douleur qu'il n'en soupçonne même pas l'existence. Il faut, croyons-nous, rechercher l'explication de ce fait dans l'absence d'un pédicule long et mince, permettant à la tumeur des mouvements étendus et un facile renversement en arrière, le danger venant surtout de ses rapports avec les voies aériennes supérieures. Peut-être pourrait-on faire jouer un rôle analogue aux replis muqueux que nous avons signalés à droite de la tumeur, et qui, reliant cette dernière à l'amygdal, la maintenait, semblable au ligament large de l'utérus, dans la position verticale.

Sur ce point, évolution lente et bénignité des symptômes, notre cas rappelle exactement celui de Fith, mais diffère complètement de ceux de Pooley et de Gibb, marqués tous deux par de fréquents accès de suffocation, auxquels s'ajoutaient dans le premier cas des hémorragies abondantes.

Il semble donc qu'on puisse déjà et malgré le peu d'observations publiées, distinguer en deux grandes classes les tumeurs fibreuses de la base de la langue :

1° Tumeurs à évolution lente et s'accompagnant de troubles fonctionnels presque nuls ;

2° Tumeurs à marche plus rapide et présentant des symptômes graves qui imposent parfois une intervention hâtive.

En un mot, 1° fibromes bénins, 2° fibromes malins, soit que le danger vienne de la tumeur elle-même, comme dans le cas d'hémorragie, soit qu'il dépende uniquement des rapports que la tumeur affecte avec l'orifice supérieur des voies aériennes.

Les phénomènes inflammatoires qui ont immédiatement précédés la guérison nous semblent avoir joué dans l'expulsion de la tumeur un rôle capital, par l'étranglement qu'ils ont fait subir au tissu du néoplasme et le spacieux qui s'en est suivi. Au point de vue de l'intervention chirurgicale, on ne saurait certainement compter sur un tel mode de guérison définitive, il semble tout au moins que l'on ne doive point trop se préoccuper dans des cas analogues de l'ablation totale de la tumeur, ablation complète, du reste à peu près impossible, comme dans le cas présent, sans opération préliminaire, alors que la néoplasie occupe tout à fait en arrière la base de la langue avec une large implantation.

Chez notre malade, la structure de la tumeur rappelle dans son ensemble celle des polypes nazo-pharyngiens ; macroscopiquement à la coupe, elle leur paraissait semblable, et il est permis de se demander si ces tumeurs n'ont pas dans leur évolution d'autres points communs. Ne sait-on pas, en effet, qu'assez souvent des fibromes nazo-pharyngiens, enlevés incomplètement, ont plus tard disparus avec l'âge du sujet et des conditions nouvelles.

L'examen microscopique a révélé l'existence de fibres musculaires ; il s'agit donc d'un fibro-myome, tumeur que nous croyons, d'après nos recherches, n'avoir jamais été signalée sur la langue.

OBSERVATION XIII

(ALBERT, *Wiener med. Presse*, 1885. (Résumée dans Du Fayet.)

Fibro-lipome de la langue.

Albert décrit un fibro-lipome de la langue, ressemblant à un polype chez un homme de 46 ans. Cette tumeur, longue de 3 centimètres 5, large de 3 centimètres, épaisse de 2, très mobile, était fixée par un pédicule gros comme un tuyau de plume à la partie postérieure du bord droit de la langue. Elle remplissait l'isthme du gosier. Il est très remarquable que cette tumeur ne causait aucune incommodité pendant la respiration, ni pendant la déglutition. Elle fut enlevée au thermo-cautère.

Elle se composait principalement du tissu fibreux.

OBSERVATION XIV

(ZAHN, Wiener, *Deutsche zeit, für Chir.*, 1885, p. 31 (Traduct. du Fayet.)

Tumeur mixte de la langue.

Un de mes auditeurs m'apporta une langue humaine avec la mâchoire pour que je lui dise quelle était la nature de deux tumeurs siégeant à la partie postérieure du bord droit. La langue provenait d'un noyé d'origine inconnue, âgé de 35 à 40 ans.

Après m'être assuré que ces deux tumeurs siégeaient sous la muqueuse, dans la musculature de la langue, je partageai cet organe suivant son axe en deux moitiés égales. En dehors de l'ossification de l'une d'elle, je remarquai surtout leur aspect lardacé et me souvenant du cas de Ziegler, je pensai aussitôt que je pouvais avoir affaire à deux tumeurs amyloïdes. Pour cette raison, je m'inquiétai aussitôt de retrouver les autres parties du cadavre, mais il avait déjà été enterré. Mon collègue, M. le Professeur Laskowski, qui avait vu les autres parties du cadavre et les avaient examinées, m'assura qu'il n'y avait aucune altération macroscopique, pas plus qu'on n'en pouvait avoir sur les restes de la tête.

La langue était brune, éraillée, molle, et bien conservée. Je la plaçai dans de l'eau pure pendant un temps assez court, de façon à enlever la glycérine phéniquée et à la gonfler jusqu'à ce qu'elle eût atteint sa grosseur normale.

La muqueuse de la langue avait du reste un aspect tout à fait normal ; ni cicatrices, ni gonflement. A droite, en arrière, parallèlement à la branche du V lingual et à une distance d'environ 5 millimètres de cette branche, se trouvait un épaissement d'environ 30 millimètres de longueur, partagé par un sillon droit en une partie plus grosse en arrière et plus petite en avant.

Quand on la touchait, on avait l'impression de deux tumeurs en boules, rondes, enfermées sous la muqueuse. Elle les entourait de tout côté. Une incision conduite du milieu du bord de la langue les partagea en deux moitiés. En menant cette incision, on reconnaissait que la plus grosse des deux, la tumeur postérieure, devait être ossifiée ou calcifiée dans son cen-

tre, parce que le couteau rencontrait un obstacle dur, insurmontable. La tumeur antérieure, plus ronde que l'autre, avait un diamètre d'environ 15 millimètres ; la postérieure plus longue, mesurait 17 millimètres de longueur, 12 de largeur et 15 d'épaisseur. Toutes les deux étaient éloignées l'une de l'autre de 3 millimètres et, entre les deux, se trouvait un tissu rose pâle. Elles étaient assez nettement distincts des tissus environnants, mais néanmoins on pouvait reconnaître que ceux-ci se continuaient directement dans leur épaisseur. La tumeur antérieure, la plus petite, se composait pour la plus grande partie d'un tissu translucide ayant l'apparence de la cire, et, en moindre portion, d'un tissu scléreux, blanchâtre, se présentant sous forme de bandes parallèles d'autant plus grosses qu'elles étaient plus centrales. La tumeur postérieure présentait à sa périphérie une constitution semblable à celle de l'autre tumeur ; mais au centre, et cela jusque sous la muqueuse, se trouvait au lieu du tissu scléreux, un noyau dur, jaunâtre, ressemblant à de la substance osseuse spongieuse, de forme presque ronde et de 8 millimètres de diamètre.

Nous préparâmes aussi bien que possible des coupes des deux tumeurs et des tissus environnants. Aussitôt après, nous les colorâmes avec l'iode ou du violet d'iodure de méthyle et d'autre avec du picro-carmin.

Ensuite, nous mîmes une partie de la grosse tumeur dans une solution à 5 % d'acide azotique pour la décalcifier et nous en préparâmes des coupes.

Examen microscopique. — Les deux tumeurs se composaient de tissu qui avait en partie seulement subi la dégénérescence hyaline et amyloïde. La première était due en entier à un tissu de nouvelle formation, la seconde également, ainsi que des tissus préexistants (muqueux, glandes, muscles, etc.). Les coupes montraient des faisceaux de tissu fibreux non dégénérés et de cellules rondes et en fuseau, de fibres musculaires, de faisceaux hyalins et de sarcolèmes ayant subi la dégénérescence amyloïde. Les tumeurs étaient donc constituées principalement par du tissu fibreux avec du tissu cartilagineux et osseux. Le tissu fibreux est presque en entier hyalin, distinctement dégénéré çà et là. A la périphérie, pas mal de cellules petites, rondes en fuseau. Elles sont presque

toutes brillantes et on ne réussit pas à trouver un noyau partout. Au centre, des grains brillants comme des grains d'amidon ne donnant pas la réaction de l'amidon, mais se colorant très fortement en rouge par le picro-carmin. A la périphérie, çà et là, des fibres musculaires dégénérés. Leur sarcolème est très visible, épaissi çà et là, et donne la réaction de l'amidon.

Çà et là, en groupe, des restes de glandes tout à fait normales ; ou bien la membrane propre a subi la dégénérescence amyloïde. Les épithéliums sont, suivant la place, plus ou moins reconnaissables. Dans les lobules glandulaires, des gouttelettes hyalines plus ou moins nombreuses ne donnant pas la réaction de l'amidon que donne fort bien la membrane propre.

Les glandes elles-mêmes sont peu altérées, entourées d'un tissu fibreux très riche jusque dans les faisceaux musculaires. On le retrouve moins abondant entre les lobules glandulaires ; çà et là, des cellules graisseuses.

Les faisceaux nerveux sont absolument intacts. Vers le centre de la tumeur, on trouve des anneaux épais, à lumière petite. Ce ne sont pas des sarcolèmes, ils ont tout à fait l'impression des vaisseaux coupés en travers, mais ne contiennent ni faisceaux ni pigment. On les voit surtout là où les dégénérescences hyaline et amyloïde sont forets. A la périphérie de la tumeur, vaisseaux très développés et pleins. Autour d'eux, le tissu fibreux est très développé ; pas de dégénérescence d'aucune sorte.

Dans la plus grosse tumeur, on trouve çà et là des noyaux cartilagineux, ayant l'aspect du cartilage normal. Pas de limite tranchée entre le tissu cartilagineux et le tissu fibreux et le tissu osseux. Il n'y a pas trace de tissu osseux dans le cartilage et vice-versa.

Les cellules osseuses n'offrent rien de particulier, mais dans l'os comme dans le cartilage, de petits groupes de cellules en fuseau absolument homogènes et donnant la réaction amyloïde.

Dans les espaces médullaires, petites cellules de moelle osseuse intactes, avec quelques cellules graisseuses et un petit nombre de grains d'amidon. Les vaisseaux qui courent à l'intérieur sont absolument intacts.

Dans le tissu de la langue environnant les deux tumeurs, absolument aucune modification à noter.

OBSERVATION XV

(HAYNES, N.-Y., M. I., 1886, XLIII, p. 693)

Tumeur fibreuse de la langue.

Le malade est âgé de 39 ans.

Un an avant que je l'eusse vu, il sentit dans sa langue une induration au niveau de la tumeur actuelle. Avec le temps, cette portion indurée augmenta de surface, fit saillie sur le dos de l'organe et finalement se pédiculisa, sa présence déterminant des troubles de l'élocution, de la mastication, de la mobilité de la langue et parfois des hémorragies.

Au moment où je l'observai pour la première fois, on trouvait sur la portion dorsale, du côté gauche de la langue, à un pouce environ de la pointe, une tumeur pédiculisée avec un col court. Elle était environ de la grandeur d'un gros pois, sa surface était lisse et brillante et était de la même couleur que le reste de la langue. Elle était dure à la pression et douloureuse. Quatre mois après, elle était de la grosseur d'un œuf de pigeon et il était survenu des hémorragies abondantes. Son aspect d'ailleurs était demeuré le même.

Pendant cet intervalle, le malade avait été soumis au traitement anti-syphilitique. Il n'y avait pas d'induration sur aucun autre point de la langue, ni d'engorgement ganglionnaire. Le patient, désirant être débarrassé de cette gêne, je soulevai la tumeur avec un ténaculum, isolai le pédicule à coups de ciseaux et arrêtai au thermo-cautère une hémorragie profuse provenant d'une simple artère située au niveau de la surface d'implantation du pédicule.

La pièce fut examinée et on la trouva composée d'éléments normaux de la glande et d'une grande quantité de tissu conjonctif.

Je me suis assuré qu'il n'y a pas eu depuis de récurrence, l'organe paraissant sain et fonctionnant parfaitement.

OBSERVATION XVI

(PONCET, *Lyon Méd.*, 1888, t. L, p. 131.)

Fibro-lipome de la langue

Il s'agit d'une malade âgée de 62 ans. Depuis trois ans, cette malade était porteur d'un carcinome du sein droit. En outre, la malade présentait une tumeur située sur la face dorsale de la langue, à peu près vers la partie moyenne de l'organe.

Cette tumeur, non pédiculée, présentait l'aspect d'une langue surnuméraire. Elle n'avait jamais été, par sa présence, la cause d'aucune gêne de la respiration, de la mastication, de la déglutition, ni de l'articulation des sons.

La malade affirma très nettement qu'elle portait cette tumeur depuis sa naissance.

Quelques jours après, la malade mourait, et voici les résultats fournis par l'autopsie.

A la face dorsale de la langue, sur le milieu du V lingual, la tumeur, du volume d'un gros œuf de pigeon, offrait une forme assez régulièrement arrondie, et une coloration jaunâtre, rosée en certains endroits, due à la présence de petits vaisseaux. Elle était assez molle, et certains points donnaient la sensation d'une fausse fluctuation.

Enfin, immobilité complète de la tumeur, qui semblait se continuer avec les tissus profonds et, d'autre part, avec la muqueuse linguale. Celle-ci présentait ses caractères normaux et n'était nullement altérée ; elle formait en avant un repli assez analogue à un petit frein, rattachant la tumeur à la face dorsale de la langue.

Sur une coupe verticale, on voyait que le néoplasme s'était développé dans le tissu cellulaire sous-muqueux ; il était adhérent à la muqueuse et au tissu musculaire sous-jacent. La partie centrale de la tumeur était constituée par un gros lobule graisseux environné d'un tissu fibroïde, jaunâtre, assez dense.

L'examen histologique a été d'accord avec la clinique. La tumeur, sur des coupes faites après durcissement convenable et colorée au carmin a montré :

1° Une tumeur fibreuse disposée en faisceaux et en travées assez denses, renfermant une très faible quantité d'éléments cellulaires et circonscrivant par leurs anastomoses des îlots à contours arrondis, ayant des dimensions très variables ;

2° Chacun des îlots est rempli par une masse de cellules adipeuses pourvues de leur capsule propre, toutes accolées les unes aux autres, et comme déformées par leur pression réciproque. De rares vaisseaux se distribuent à la tumeur en suivant les travées fibreuses.

OBSERVATION XVII

(BERGMANN, Berlin, *Klin. Woch.*, 18 juin 1888 (Résumé))

Fibrome lobulé de la langue.

Tumeur d'espèce rare et de volume insolite observée chez un homme de 59 ans, et située à la base de la langue. L'opération a révélé la présence dans les muscles linguaux d'un fibrome lobulé, dépassant le volume d'un œuf d'oie. Une simple incision au niveau de la ligne médiane du dos de la langue ne suffit pas pour enlever la tumeur très adhérente au septum ; il fallut pratiquer une deuxième incision au niveau de la région sus-hyoïdienne. Les fibres musculaires durent être isolées patiemment de la tumeur à coups de bistouri.

OBSERVATION XVIII

(BERGMANN, *Deut. med. Woch.*, 1889, n° 23, p. 157.)

Tumeur fibreuse de la langue.

Homme de 59 ans, a remarqué à la partie moyenne du dos de la langue, il y a 20 ans, une tumeur grosse comme un pois ; depuis deux ans seulement, elle a augmenté de volume ; depuis

un an, une seconde tumeur s'est développée à côté de la première. Le malade finit par éprouver des troubles de la phonation et de la déglutition.

L'une des tumeurs a le volume d'une noix, l'autre d'une cerise ; elles sont indolente, peu mobile. Pour les enlever, Bergmann est obligé d'enlever d'abord la face supérieure de la langue, puis de faire une incision à la peau dans la région sus-hyoïdienne. Il éprouve de grandes difficultés dans la dissection des tumeurs qui sont unies intimement au tissu musculaire. Guérison en trois semaines.

OBSERVATION XIX

(LACAZE, Interne des Hôpitaux, Bordeaux, 1894.)

Fibrome de la langue.

G..., 40 ans, se présente pour une affection de la langue. Porte depuis 20 ans sur la partie moyenne du bord latéral gauche de la langue une petite tumeur du volume d'un pois, dont il s'aperçut par hasard à cette époque. Elle n'avait pas augmenté depuis et le gênait nullement. Il y a un mois, la tumeur grossit et doubla de volume. Cet accroissement est survenu à la suite de la carie de l'une des molaires avec lesquelles la tumeur était en contact.

Actuellement, on constate une tumeur du volume et de la forme d'un gros pois, unie à la langue par un pédicule court et gros ; elle est de couleur rosée, dure, non fluctuante ni transparente. La muqueuse environnante paraît complètement saine.

Elle présente, sur son bord libre, une petite ulcération dentaire récente, d'où il résulte une gêne momentanée de l'alimentation.

Revenu un mois après, il déclara qu'ayant fait arracher sa dent, la tumeur avait repris sa grosseur d'autrefois et son indolence habituelle, et qu'il se refusait à toute intervention.

OBSERVATION XX

(M. WEENEY, Dublin, *Journ. of. Med. sc.*, 1895, p. 457.

(Traduction de Castera.)

Fibro-myxome de la langue.

Le Docteur M'Weeney présenta un exemple de tumeur encapsulée, translucide, jaunâtre, de la grossur d'une noisette, sur la langue d'un homme âgé de 23 ans. Pas de syphilis ni congénitale ni acquise. Une surélévation a été vue pendant quelque temps sur le dos de la langue, à gauche de la ligne médiane et à un pouce environ de la pointe. La tumeur devint pédiculée tout en restant en même temps absolument libre d'adhérences avec le tissu environnant. L'examen histologique fait après fixation au « Foas Reagent », prouva que c'était un fibromè avec, çà et là, une assez grande quantité de tissu délicat ou d'éléments faiblement fibrillaires pour mériter le nom de myxome. Au milieu il y avait de grands espaces lacunaires emplis de corpuscules rouge sang et de matières albumineuses coagulées. Il y avait évidemment des espaces lymphatiques dilatés, dans lesquels l'hémorragie s'était produite. Dans le voisinage des autres endroits où avaient eu lieu les hémorragies, on voyait de nombreuses cellules chargées de pigments jaunes, ainsi que des noyaux et piments extracellulaires. La plupart des noyaux de cette tumeur étaient en forme de fuseaux, quelques-uns avaient un contour très irrégulier, mais il y avait, çà et là, des morceaux de cellules épithéliales avec des noyaux vésiculaires. Il n'y avait pas de mitoses. On fit mention de la rareté des fibro-myxomes siégeant à la langue.

OBSERVATION XXI

(CHAVANNAZ et SABRAZÈS, *La Province Médicale*, 12 oct. 1907.)

Fibrome mou de la langue.

Mme D..., âgée de 57 ans. Dans ses antécédents, on note des troubles névropathiques très variés, des phénomènes intermittents de syncope. Ses antécédents familiaux sont nets en ce qui concerne les néoplasmes.

Il y a 25 ans, à l'époque où elle avait de fréquentes crises nerveuses, de caractère hystérique, selon toutes probabilités, il lui arrivait parfois de se mordre la langue au moment où elle tombait. Un jour, elle se mordit ainsi très fortement la pointe de la langue et saigna abondamment. Peu de temps après, sur le point mordu, apparut une petite tumeur, qui s'est accrue lentement, atteignant enfin le volume d'un petit haricot. Depuis quelques années, ce volume est resté inva-
riable.

La tumeur a une surface rosée un peu plus pâle que le reste de la langue, elle est étranglée à sa base et elle est supportée par un pédicule très court, au moins en apparence, car il s'allonge de 1 à 2 millimètres sous l'influence de tractions légères ; le pédicule ne s'infiltré pas dans le parenchyme lingual, il est bien limité et mesure 4 à 5 millimètres de diamètre.

Le néoplasme siège sur la face dorsale de la langue, exactement sur la ligne médiane et tout près de la pointe de l'organe. Il a une consistance molle comme celle d'un molluscum.

La tumeur est indolore, elle n'a jamais été le siège d'ulcération ni d'écoulement sanguin. Dans la région sous-angulaire de la mâchoire inférieure, du côté gauche, existe une petite tumeur intradermique de la grosseur d'un pois et de consistance fibreuse.

La syphilis et la tuberculose sont hors de cause.

La tumeur linguale est extirpée d'un coup de ciseaux. La malade ressent une vive douleur au moment de cette petite opération. La surface de section saigne assez abondamment

pendant un quart d'heure ; un badigeonnage à l'adrénaline arrête assez facilement cet écoulement sanguin. Pendant les trois premiers jours, il persiste une assez vive douleur. Quinze jours après, la malade a encore la sensation de porter la tumeur, il y a là quelque chose d'analogue aux illusions des amputés.

L'examen histologique est fait après fixation par le formol à 10 % et colorations diverses (*hématoxyline-Van Giesen, picrocarmin, fuchsiline, éosine, bleu de méthylène*).

La tumeur a un contour sinueux, elle s'étale en chapeau de champignon, montée sur un pédicule très court, de 3 $\frac{m}{m}$ de diamètre. Elle est revêtue, en totalité, par un épithélium pavimenteux stratifié, se continuant le long du pédicule avec l'épithélium de la langue. Cet épithélium de revêtement n'a pas la même épaisseur partout. A la partie culminante de la tumeur, par exemple, il mesure plus de huit dixièmes de millimètre. Le corps muqueux et particulièrement les prolongements malpighiens sont de formes et de dimensions variables ; l'hypercanthrose s'accuse plus ou moins, suivant les points. La couche granuleuse est peu marquée. On note par place un peu d'hyperkérathose avec fissure et légère exfoliation des cellules cornées qui sont, dans les couches superficielles, dépourvues de noyaux. Pas d'immigration leucocytaire dans le revêtement épithélial.

Les papilles présentent les mêmes variétés de forme que les prolongements malpighiens. Elles sont formées, comme la tumeur elle-même, par un tissu conjonctif adulte, à gros faisceaux onduleux, sans orientation radiée à partir du pédicule. Les fibres ont une tendance à s'agglomérer autour des paquets vasculo-nerveux et à laisser entre elles des fentes et des clivages ; l'élément élastique n'est représenté que par des fibrilles grêles, contrastant avec le gros calibre des fibres conjonctives. Les fibroblastes sont clairsemés ; des mastzellen assez nombreux parsèment les coupes ; pas d'éosinophiles ni de plasmazellen.

Cette tumeur contient de rares lymphatiques. Elle est largement irriguée dans toute sa trame par des vaisseaux sanguins ne mesurant par moins de 15 à 200 gr. Dans un même bloc fibreux, on trouve une artériole, une veinule, et, fait

intéressant, un ou deux filets nerveux ; il existe trois à quatre blocs semblables dans les coupes. Dans une artériole, nous avons vu un thrombus organisé. Ces constatations permettent de comprendre pourquoi cette tumeur était douloureuse quand la malade la mordait. Il n'est pas étonnant que l'opération ait été suivie d'un écoulement sanguin assez important et prolongé. On s'explique aussi, grâce à la présence des nerfs, les illusions de tumeur fantôme après ablation.

OBSERVATION XXII

(CHAVANNAZ et SABRAZÈS, Loc. cit.)

Fibrome mou, hémorragique de la langue.

Homme de 22 ans. Vient consulter pour une petite tumeur qu'il porte depuis quelques mois à la face inférieure de la portion libre de la langue. Cette tumeur a une coloration rosée, elle n'est le siège d'aucune ulcération. Du volume d'un petit pois, elle est largement pédiculée, et est placée à 1 $\frac{cm}{m}$ environ de la pointe de la langue, un peu à droite de la ligne médiane, sur la face antérieure de l'organe. Sa consistance est molle.

La tumeur est extirpée d'un coup de thermo-cautère. L'écoulement sanguin est nul. La guérison est rapidement obtenue.

L'examen microscopique donne les résultats suivants :

Il existe un épithélium de revêtement continu, mais très mince au point culminant de la production où il mesure à peine un tiers de $\frac{mm}{m}$. Ce revêtement est d'autant plus kératosique qu'on se rapproche de la convexité. Cela fait un contraste entre l'épaisseur de la couche cornée sans noyaux et l'épaisseur de la couche sous-jacente qui, elle, est partout égale. Au point culminant, les ondulations papillaires sont minimes, mais latéralement des bourgeons plongent profondément dans la tumeur. Ces bourgeons vont se ramifiant et ont une sorte d'aspect palmé dans la profondeur. On en trouve deux semblables, symétriques, sur les côtés du point culmi-

nantnant. Ils sont constitués par des cellules à prolongements épineux, et en un point on voit une petite ébauche de globe corné, mais il n'y a pas de morcellement, ni de libération des rameaux hors des bourgeons qui les supportent. A la base de cette production, on trouve une épaisseur à peu près normale de muqueuses à papilles régulières et longues.

La surface est peu onduleuse. Les cellules cornées sont minces et forment à peine un petit liseré. La charpente même de la tumeur est constituée par un tissu conjonctif à fines fibrilles, farci de cellules, nombreux fibroblastes, cellules lymphocytiques. Ce tissu est entrecoupé d'espaces œdémateux à plasma coagulé contenant d'assez nombreux leucocytes polynucléés, des lymphocytes, de rares éosinophiles polynucléés et de très grandes cellules spongiocytiques qui paraissent être des cellules endothéliales multiples, desquamées dans l'infiltration séreuse.

Ce tissu s'épaissit tantôt en bloc fibreux anastomosé, tantôt est creusé de lacs remplis des cellules que nous venons d'envisager.

Beaucoup de cellules à protoplasma spongieux peuvent être bi, tri, multinucléées. Il n'y a pas de mastzellen dans cette production. Les espaces clairs œdémateux sont très vastes au point culminant de la tumeur. Pas d'îlots muqueux ou de kystes muqueux. Rares cellules du type plasmatique à la base de la tumeur. Dans quelques-uns des espaces clairs œdémateux, on trouve des reliquats de sang épanché. Le pédicule de la tumeur est fibromateux, avec quelques mastzellen. On y trouve quelques blocs morcelés polychromatiques et même basophiles de fibres musculaires striées dont ne persiste qu'une vague striation longitudinale. Le sarcoplasme prédominant envahit les fibres. Les tronçons peuvent être réduits à des amas de grumeaux basophiles. Pas de microbes dans les coupes.

En somme, fibrome mou, œdémateux, hémorragique, tendant à se faire jour à travers la muqueuse, sans avoir réussi encore à la défoncer.

OBSERVATION XXIII

(CHAVANNAZ et SABRAZÈS. Loc. cit.)

Fibrome dur de la langue.

Anna C..., 65 ans. Le père de la malade est mort d'un épithélioma de la paupière, récidivé après opération.

Elle a été atteinte, à 23 ans, d'une gingivite grave. Il ne reste que six dents actuellement.

Il y a huit ans environ que, sans cause connue, est apparue une petite tumeur de la langue. Cette tumeur s'est développée lentement, pour atteindre le volume d'un petit pois.

La tumeur siège à l'extrémité libre de la langue, presque à la pointe, cependant un peu à droite de la ligne médiane, et plutôt vers la face supérieure de l'organe. Cette tumeur est le siège de picotements ; pour les calmer, la malade a pris l'habitude de mordre légèrement la néoformation. Toute la langue est un peu hypéresthésique, elle est rouge vif. Jamais d'hémorragie.

L'ablation est faite au thermo-cautère. L'écoulement sanguin est insignifiant, la guérison est rapidement obtenue.

La tumeur est constituée par du tissu fibreux, dense, mesurant 3 à 4 $\frac{m}{m}$ de diamètre, pauvre en cellules, traversé par quelques vaisseaux très inégalement répartis, très rares dans une région où le tissu devient lamelleux, plus nombreux au pôle opposé, où ils peuvent être assez rapprochés les uns des autres. Ce sont des artérioles et des veinules avec quelques vaisseaux lymphatiques. On trouve aussi, dans cette partie fibromateuse de la tumeur de nombreux filets nerveux, parfois considérablement déformés. Dans ce type fibreux, on trouve quelques cellules conjonctives et de très rares mastzellen. Ce bloc fibreux, sans mélange de fibres musculaires, est flanqué latéralement de deux épaisissements kératosiques de la muqueuse linguale, véritable carapace cornée, s'écaillant, à lamelles dépourvues de noyaux. Cette hyperkératose est supportée par un stratum lucidum plus ou moins épaissi. La couche granuleuse est ça et là assez bien marquée, sans être démesurément épaissie ; les autres couches, en particulier

la couche épineuse, sont d'épaisseur très inégale. Le corps muqueux de Marpighi est peu développé. Cette muqueuse présente de nombreuses ondulations. Elle est pénétrée de nombreuses papilles ayant même densité fibreuse que le corps de la tumeur. On trouve beaucoup de leucocytes polynucléés, à noyau désorganisé, immigrés dans le revêtement épithélial, sans que le processus de kératinisation soit très modifié. Il n'est pas rare de trouver de la kératinisation au-dessous de la couche granuleuse. Les squames leucoplasiques présentent une basophilie considérable quand on les met en présence de l'éosine et du bleu de méthylène. L'épaisseur du revêtement kératosique est d'un demi à un $\frac{m}{m}$. Les couches cornées sont élevées, fissurées. Ce revêtement épidermique est interrompu aux deux extrémités de la tumeur, qui a une forme quadrangulaire. Deux de ses côtés sont kératosiques, les deux autres fibromateux. Le fibrome, bien limité par sa convexité et sa superficie, se trouve bordée par du tissu lamelleux.

En somme, sous la poussée fibromateuse, la muqueuse a cédé et le fibrome est venu faire hernie au delà de la brèche, sur les bords de laquelle un épaissement hyperkératosique s'est constitué.

OBSERVATION XXIV

(CHAVANNAZ et SABRAZÈS, Loc. cit.)

Fibro-chondrome de la langue.

Auguste H..., 40 ans, vient pour des accidents d'appendicite à répétition. Au cours de notre examen, nous constatons sur la face supérieure de la langue, à un $\frac{1}{m}$ environ de la pointe, et un peu à droite de la ligne médiane, une petite tumeur du volume d'un grain de chènevis, pédiculée, non ulcérée, de couleur rosée, ne tranchant sur le reste de la langue que par la saillie qu'elle constitue. La muqueuse linguale, au niveau de la région sur laquelle s'implante la tumeur, présente une légère ulcération, visible surtout quand on tire légèrement sur le fibrome.

Le malade nous apprend qu'il y a deux ans, il a constaté le début du mal. La petite masse était douloureuse à la pression. Elle aurait disparu au dire du malade, puis serait revenue deux mois plus tard, et aurait persisté depuis, restant toujours un peu douloureuse à la pression.

La tumeur est extirpée d'un coup de ciseaux, l'écoulement sanguin est insignifiant, et, trois jours plus tard, on ne reconnaît même plus le point où siégeait la néoformation.

Examen histologique : La tumeur a le volume d'une lentille. Son plus grand diamètre atteint 3 $\frac{m}{m}$ 5. Elle s'implantait par un pédicule très court, large de 2 $\frac{m}{m}$ 5, sur la face dorsale de la langue. Elle a la forme générale d'un chapeau de champignon. Tout son pourtour, sauf au niveau du pédicule, est revêtu d'épithélium pavimenteux stratifié. La bordure épithéliale n'est pas homogène ; les prolongements malpighiens plongent à des profondeurs qui varient du simple au triple et qui peuvent atteindre 331 gr. La couche basale montre de rares cellules en karyokinèse ; on voit aussi quelques mitoses dans les stratifications de cellules épineuses. Au point culminant de la tumeur, on note de l'hyperkératose ; de même latéralement et des deux côtés, bombent deux petites verrucosités cornées. Aux épaisissements cornés correspondent des épaisissements des couches granuleuses. Le revêtement épithélial forme une bordure légèrement ondulée sans hérissément. Les cellules cornées sont toutes nucléées et ont une tendance à s'exfolier. A proximité de la base, quelques éléments cellulaires, du type lymphocytoïde, ont émigré dans l'interstice des cellules du corps muqueux de Malpighi et s'y sont développées en s'allongeant et en se rapprochant, au point de vue morphologique, du type fibroblaste. Les papilles ont des dimensions en rapport avec celles des prolongements malpighiens ; leur épaisseur oscille de 80 à 160 μ , leur longueur de 160 à 400 μ . La tumeur mesure 2 m/m en profondeur. Elle est constituée par une charpente fibreuse à gros faisceaux serorés, entrelacés, doublée d'un réseau élastique. Ce fibrome est plus dense et plus dur à sa base ; les fibres conjonctives s'élèvent en convergeant, du pédicule vers le centre de la tumeur, cotoyées par des grosses fibres élastiques. Les faisceaux fibreux s'amincissent un peu vers la

convexité, ainsi que les fibres élastiques et limitent des fentes et des mailles plus larges. Les fibroblastes grêles, longs et rares dans le pédicule, sont plus abondants autour des vaisseaux ; ils ont des expansions protoplasmiques plus exubérantes dans la sphère papillaire. Il est des points très limités où ils se transforment, dans une coque à double contour, en cellules cartilagineuses.

Cà et là quelques cellules lymphocytoïdes et des mastzellen plus nombreuses [s'ajoutent aux fibroblastes. A 80 ou 150 μ au-dessus de la base d'insertion, on trouve un véritable pédicule vasculo-nerveux, composé de deux artérioles et de deux veinules de 15 à 30 μ de diamètre et de quatre filets nerveux de 32 à 70 μ

En résumé, ce fibrome, richement vascularisé et innervé, présente une tendance chondromateuse à peine accusée.

OBSERVATION XXV

(CHAVANNAZ et SABRAZÈS. Loc. cit.)

Fibrome de la langue.

P..., âgée de 47 ans, a, sur le bord droit de la langue, un peu sur la face dorsale, à 3 $\frac{1}{2}$ m en arrière de la pointe, une saillie en bouton, sessile, ayant l'aspect d'une calotte de sphère, proéminent de 2 $\frac{1}{2}$ m environ et large de 5 à 6 $\frac{1}{2}$ m. Sa surface est lisse, rose pâle, sa consistance fibreuse ; son point d'implantation ne s'infiltre pas dans le voisinage, il est au contraire bien délimité. Cette petite tumeur, au dire de la malade, s'est développée dans les conditions suivantes : elle rêvait que son père se tirait un coup de revolver pour se suicider ; elle s'éveilla en sursaut, en plein cauchemar, la bouche inondée de sang ; elle avait une morsure juste au niveau du point où, peu après, insensiblement, s'est développée la grosseur. En regard de la morsure, se trouvait une dent cariée, qui était tombée sur ces entrefaites ; aussi, la tumeur linguale n'occasionna-t-elle pas beaucoup de gêne ;

elle se loge dans le vide^e laissé par la dent ; elle n'est pas douloureuse, elle n'est pas exposée aux morsures.

Quand on explore avec précaution la sensibilité de la tumeur, on constate que ni le contact, ni la piquûre, ni le froid, ni le chaud n'y sont perçus ; aussi semble-t-il à la malade, n'éprouvant aucune gêne, qu'elle n'a là rien d'anormal.

OBSERVATION XXVI

(CHAVANNAZ et SABRAZÈS. Loc. cit.)

Fibrome de la langue.

L... L..., âgé de 54 ans, a sur le bord gauche de la langue, sur la face dorsale, et depuis sept à huit ans, une saillie de la grosseur d'un petit pois, de teinte rose, un peu plus pâle que celle de la langue, de consistance d'un fibrome assez dur, sessile. Cette tumeur s'est développée en un point mordu accidentellement ; il éprouva une douleur vive et, quelques jours après, cette production se développait. Elle siège à 2 %_m en arrière de la pointe. Elle est nettement délimitée du parenchyme lingual d'ailleurs normal.

La tumeur donne tout à fait l'impression d'un fibrome. Il n'en existe pas d'autres sur les téguments.

OBSERVATION XXVII

(PETGES. — *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1910, X, L,
p. 582 (1 fig.)

Fibrome fasciculé de la langue.

Il s'agit d'une femme, âgée de 25 ans. Depuis quelques semaines, elle a remarqué une grosseur sur sa langue. Le 7 février 1910, nous notons sur le milieu du dos de la langue, un

peu à gauche de la ligne médiane, une tumeur de forme générale cylindrique, un peu aplatie en rivet arrondi » sur sa face libre, ne provoquant aucun trouble fonctionnel, indolore spontanément à la pression, de 1 $\frac{1}{2}$ m de hauteur et de 1 $\frac{1}{2}$ m de diamètre environ, de consistance dure, uniforme, à limites nettes. Sa face libre est dépolie et légèrement exulcérée par places, sa circonférence est unie, lisse et entourée en partie par la muqueuse linguale à travers laquelle elle passe par un orifice arrondi et net à peine adhérent.

La tumeur extra-muqueuse n'est que le prolongement d'une tumeur plus grosse, directement sous-muqueuse à sa partie moyenne, profondément implantée dans l'épaisseur de la langue. Elle a donc vaguement la forme d'un sablier ; l'ensemble forme une masse nette, sans empâtement circonvoisin, paraissant plus volumineux qu'une grosse noisette.

Divers diagnostics peuvent être discutés. Un chancre induré ? L'absence de ganglions sous-maxillaires, sous-mentaires, d'ulcération de la tumeur, la netteté de ses limites écartent cette hypothèse.

Une gomme crue ? L'absence de tout antécédent, de tout stigmate, la limitation de la masse, ne sont pas en sa faveur ; néanmoins, un traitement mixte est prescrit et ne donne aucun résultat trente jours après.

L'âge de la patiente, l'évolution lente de l'affection, l'absence d'ulcération, ne permettent pas de s'arrêter à un épithéliome.

Un abcès, un kyste, s'accordent mal avec les signes de cette tumeur solide, ferme. Il s'agit peut-être d'un sarcome, mais plus probablement d'une tumeur bénigne : papillome, lipome, ou fibrome.

M. le Professeur agrégé Bégouin enlève la tumeur le 15 février, sans difficultés, après incision ovale de la muqueuse ; la traction avec les pinces et quelques coups de ciseaux libèrent facilement la petite masse, qui est enkystée dans une cavité bien limitée ; peu d'hémorragie, que les sutures arrêtent ; guérison per primom.

Microscopiquement, la tumeur a la forme d'un sablier ; elle est étranglée en son milieu par la muqueuse linguale ; elle est un peu plus grosse qu'une noisette, ferme, nettement

limitée, arrondie. A la coupe apparaissent plusieurs lobules de couleur et de consistance différentes, les uns fermes et blanc nacré, les autres mous et jaunâtres. Après fixation à l'alcool et inclusion à la parafine, nous avons fait l'examen de la pièce ; les préparations que nous mettons sous vos yeux sont caractéristiques ; il s'agit d'un fibrome.

L'aspect des préparations diffère selon que l'on examine la partie libre, la partie profonde ou la partie moyenne. ; celle-ci est engainée par la muqueuse linguale, d'aspect normal caractéristique ; celles-là sont entourées d'une membrane de fibres conjonctives adultes, formant un tissu dense, parsemé de nombreux noyaux bien colorés. Dans cette paroi membraneuse existent des lobules nombreux, visibles à un faible grossissement ; chacun d'eux est encerclé d'un réseau conjonctif plus dense que dans la région centrale. L'intérieur de ces lobules est formé de fibres conjonctives, avec gros noyaux bien colorés peu nombreux, sans fibres élastiques ni glandes ; certains lobules sont plus denses, leurs fibres sont tassées, un peu colorées, en forme de tourbillons finement dessinés ; d'autres présentent un aspect plus lâche, avec noyaux rares et de plus grosses fibres.

On ne voit ni formations kystiques, ni masses épithéliales, ni cellules embryonnaires. L'irrigation vasculaire de ces lobules est discrète, un peu plus abondante sur les bords de la tumeur où les vaisseaux ont une paroi nette, tandis qu'ils sont plus rares au centre, où leur paroi est plus mince et se réduit parfois à un simple endothélium.

Le diagnostic de fibrome fasciculé n'est pas douteux.

On a fait une incision elliptique et l'on a énucléé la tumeur qui était enkystée. Guérison en cinq ou six jours.

Etiologie.

En ce qui concerne la cause de ces tumeurs, on peut d'abord avouer que beaucoup d'auteurs, au début du moins, ont très peu interrogé le malade à ce sujet. Peut-être, sachant qu'il y a beaucoup d'obscurité dans l'étiologie des tumeurs fibreuses en général, et des fibromes linguaux en particulier, ils n'ont pas abordé, dans l'interrogatoire, cette question. Même lorsque les assertions du malade, à ce sujet, sont des plus formelles, il faut savoir s'entourer des précautions. La malade de Pooley considérait la tumeur comme suite à un mal de gorge !! Seuls Chavannaz et Sabrazès ont constaté un traumatisme à l'origine de ces tumeurs. Est-ce une simple coïncidence ou y a-t-il une relation de cause à effet ? Nous examinerons la question un peu plus loin.

Broca et Verneuil soutenaient, pendant la discussion, à la Société de Chirurgie de Paris, le 1^{er} août 1885, que les fibromes, comme les cancers, peuvent quelquefois se développer sous une influence diathésique. Il existerait en somme une diathèse néoplasique. Et Verneuil avait insisté fortement dans sa communication au Congrès de Copenhague (1884) sur la coexistence des tumeurs bénignes et malignes sur le même ma-

lade ; qu'il interprète par une prédisposition constitutionnelle aux diverses tumeurs. Il est vrai, on trouve cette curieuse coexistence dans le cas de Poncet (coexistence d'un carsinome du sein), celui de Martuscelli, de Tizzoni et Parona. Mais la connaissance de la vraie cause de ces tumeurs reste, malgré l'interprétation séduisante de Broca et Verneuille, complètement dans l'ombre.

Broca a fait jouer à l'hérédité un rôle dans l'apparition de ces tumeurs. On sait qu'on trouve assez souvent des antécédents néoplasiques chez les malades porteurs d'une tumeur néoformée. Mais nous devons avouer que dans les observations que nous possédons, on ne fait pas mention d'une telle hérédité, sauf dans un cas de Chavannaz et Sabrazès, où on note un épithélioma récidivé de la paupière chez le père de la malade. On le voit, l'hérédité, non plus que la diathèse néoplasique, ne satisfait pas, n'éclaircit pas l'étiologie de ces tumeurs fibreuses.

Quénu se demande, dans le Traité de Duplay et Reclus, s'il faut attribuer à l'inflammation un rôle important, ou un rôle quelconque dans le développement des fibromes ? Tout enkystement de corps étranger ou du microbe peut aboutir à la formation d'un noyau fibreux. « Mais ça n'est pas pour cela un fibrome, d'aucune façon » ; la structure histologique peut paraître identique, la cause, l'essence et l'évolution sont différents.

Nous arrivons ainsi aux idées de Chavannaz et Sabrazès, qui ont trouvé, dans trois des six cas observés par eux, un traumatisme, morsure de langue le plus

souvent, à l'origine de ces fibromes. Mais cette cause étiologique est très discutable. Elle n'est d'ailleurs jamais signalée en dehors de ces auteurs — nous ne l'avons pas trouvée dans les autres observations. Cette étiologie n'expliquerait pas du tout la multiplicité des fibromes linguaux, et surtout leur siège dans l'épaisseur de l'organe et leur localisation sur la ligne médiane et sur le tiers postérieur de la face dorsale de la langue ; comme aussi l'origine congénitale de ces fibromes ne serait nullement en faveur de cette étiologie. Si on ne peut pas admettre le traumatisme comme une cause générale, il se pourrait que les trois cas observés par les professeurs de Bordeaux rentrent dans la catégorie de noyaux fibreux possédant comme centre de développement un petit foyer inflammatoire dû à la morsure. Nous signalons cette possibilité sans aucune prétention. En faveur de cette possibilité serait le petit volume de ces fibromes correspondants.

Un traumatisme chronique, répété, une irritation locale, pourrait-elle jouer un rôle quelconque ? Une mauvaise dentition, des frottements ou morsures fréquentes, malgré une bonne dentition, etc. Les mêmes objections énoncées plus haut peuvent être soulevées avec un peu moins de vigueur ; le traumatisme chronique est bien signalé fréquemment dans les néoplasies en général (cancer de langue, etc.). Mais aucune donnée précise n'existe pas dans les observations. A noter que Lacaze attribuait l'accroissance momentanée de la tumeur fibreuse de son patient à la carie de l'une des molaires avec lesquelles elle était en contact.

Le même inconnu, peut être plus accentué, persiste pour l'étiologie des fibromes congénitaux de la langue.

Comme on le voit, après avoir passé en revue toutes les causes des fibromes en général, et des fibromes linguaux en particulier, nous ne possédons pas encore la clef de la question.

SEXE. — Il ne paraît pas qu'il y a une prédominance nettement marquée pour l'homme ; sur les 27 cas que nous présentons, on trouve 15 hommes et 12 femmes.

AGE. — Au point de vue de l'âge, nous ferons remarquer que presque tous les âges peuvent présenter ces fibromes. Mais si on voulait démontrer l'âge de la plus grande fréquence, il faudrait dire alors que les fibromes linguaux sont plus fréquents entre 20 et 40 ans. Nous donnons ci-après un court aperçu de ces tumeurs. Mais comme il sera un peu différent de celui donné par les auteurs, et surtout par Castera, nous tenons à donner quelques renseignements à ce sujet. Souvent, dans les observations, on n'a noté que l'âge du malade au moment de la consultation, et on s'est ainsi satisfait de l'âge de l'apparition de la tumeur, ce qui ne coïncide pas toujours. Souvent on voit que la tumeur existait déjà avant, que le malade lui-même ne peut préciser la date du début de la grosseur, ou qu'il ignorait son existence. Donc, à ce sujet, on ne peut avoir que des idées relatives. Pour toutes ces raisons, nous avons pris toujours l'âge de l'apparition de la tumeur, et non la date de consultation. Ainsi, si le malade vient consulter quand il avait 40 ans, et qu'il

s'est aperçut de la tumeur à l'âge de 20 ans, nous avons pris l'âge de 20 ans comme l'âge de l'apparition de la tumeur (cas de Lacaze). Dans les cas où la date du début de la grosseur est inconnue, nous avons pris l'âge du malade au moment de la consultation.

Voilà ce petit tableau (se rapportant aux observations que nous présentons) :

De 10 à 20 ans, 3 cas.

De 20 à 30 ans, 5 cas.

De 30 à 40 ans, 9 cas.

De 40 à 50 ans, 4 cas.

De 50 à 60 ans, 1 cas.

Deux fois on n'a pas noté l'âge. (Paget, Pooley.)

Trois fois les fibromes étaient congénitaux.

Notons enfin ces particularités : l'état de santé peut être parfait et les affections concomitantes, quand elles existent, n'ont aucun rapport avec ces tumeurs fibreuses de la langue ; exceptionnellement, le fibrome lingual peut coexister avec un autre fibrome : avec un fibrome du larynx (cas de Martuscelli) ; avec un fibrome de la lèvre (cas de Fizzoni et P. Arona). Dans le cas de Poncet, un corcinome du sein était noté en même temps que le fibrome congénital de la langue : cette dernière a continué à garder sa bénignité. Dans un cas de Bergmann, il est intéressant à noter qu'au fibrome lingual datant de l'âge de 39 ans, s'ajoute un autre à l'âge de 58 ans.

Anatomie pathologique macroscopique.

SIÈGE. — Le siège de ces fibromes linguaux est assez variable. Cependant, il est plus fréquent à la face supérieure de l'organe ; viennent après la base et puis les bords de la langue, et surtout le bord droit. Voilà le résumé de ces différents sièges des fibromes linguaux, d'après les observations que nous présentons : la face dorsale de la langue est le siège le plus fréquent ; sur les 27 cas, on trouve une seule fois la face inférieure de la portion libre de la langue comme siège d'un fibrome (2^e obs. de Chav. et Sab.) ; tous les autres fibromes siégeaient sur les différents points de la face supérieure de l'organe : nous y faisons rentrer les tumeurs des bords, qui presque toujours empiètent plus ou moins sur la face dorsale ; après la face dorsale vient la base de la langue : nous en avons noté cinq cas ; les bords peuvent aussi donner naissance à ces tumeurs : 6 cas, dont 4 sur le bord droit, 2 sur le bord gauche. On note deux tumeurs seulement de la pointe.

Il va sans dire qu'une tumeur fibreuse, possédant un long pédicule, peut tomber à droite ou à gauche, en avant ou en arrière : ainsi son siège varie malgré sa

surface d'implantation. De plus, il y a des fibromes linguaux (cas de Pooley, de Fith), qui possèdent une base d'implantation très large.

Notons que le siège de ces fibromes a une influence marquée sur les troubles fonctionnels, et par là sur la gravité et les difficultés opératoires : parmi ceux-ci, il faut surtout mentionner les tumeurs de la base.

Contrairement aux fibromes, les lipomes linguaux siègent de préférence à la face inférieure de la langue : c'est un point qui pourrait servir au diagnostic.

NOMBRE. — Les fibromes de la langue sont généralement uniques (Broca).

Quelques fibromes multiples ont été signalés. Nous trouvons cinq cas de tumeurs multiples : trois fois il existait deux tumeurs et deux fois il y avait trois tumeurs coexistantes. Dans le cas de Bergmann, la deuxième apparut un an après la première. A noter aussi que deux de ces tumeurs multiples étaient des tumeurs congénitales.

VOLUME. — A ce sujet, il faut distinguer les fibromes de petit volume et ceux de grand volume. Les premiers peuvent être représentés approximativement par le volume d'un petit pois, d'une lentille ; les seconds par la grandeur d'un œufs de poule et même d'oie : il y en a des intermédiaires, bien entendu. Ajoutons que la différence de volume conditionne la gêne fonctionnelle que ces fibromes peuvent causer.

FORME. — Le fibrome de la langue n'a pas de forme caractéristique. Cependant la forme ovoïde ou sphérique est la plus fréquente. Il faut noter que dans la plupart des cas, cette forme est régulière, uniforme. Trois ou quatre fois, on a signalé des mamelonnières, une lobulation (cas de Laugier, de Delore et Dunet, de Rendu, de Bergmanne).

Dans le cas de Laugier, la tumeur était trilobée. Comme forme un peu spéciale et très rare, mentionnons la forme en chapeau de champignon dans une des observations de Chavannaz et Sabrazès. Il faut avouer, à la fin, que souvent la forme de la tumeur n'est pas indiqué dans les observations.

POIDS. — Nous n'avons trouvé que deux fois noté le poids de la tumeur : celle de Waterhouse, qui pesait 34 grammes, et celle de Deloré-Dunet, qui pesait 41 grammes.

MOBILITÉ. — Celle-ci dépend des moyens de fixité du fibrome. En effet, comme nous l'avons déjà dit, les fibromes linguaux sont pédiculés ou sessiles. Nous relevons, sur les 27 cas que nous présentons, 10 fibromes pédiculés, 9 sessiles ; 5 fois ce point n'a pas été noté (Notta, Waterhouse, Paget, Bergmann). Dans les cas Pooley et de Fith, on ne précise pas ; on ne sait pas si c'est une base large ou un pédicule très court. Il va sans dire que le fibrome pédiculé seulement possède une mobilité plus ou moins marquée, suivant la longueur de leur pédicule. La longueur de celui-ci est variable. Les tumeurs sessiles sont dépourvues de cette

mobilité, surtout lorsque leur base d'implantation est peu large.

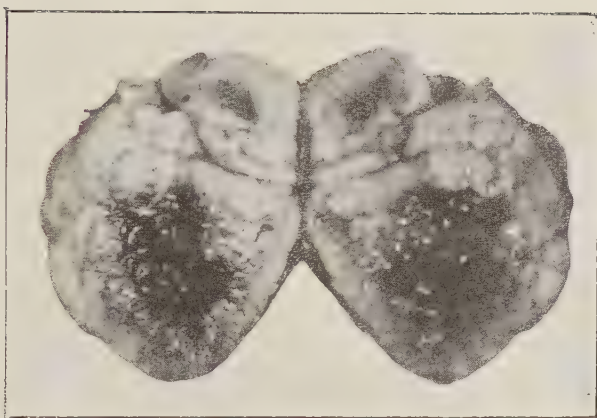
Pourtant, il y a des exceptions à cette règle : tels sont les cas de Blanc et de Pooley, où existait une mobilité malgré une large surface d'implantation. Les auteurs ne l'ayant pas suffisamment recherché, mais il paraît logique d'admettre que les fibromes provenant du chorion de la muqueuse linguale tendent à devenir pédiculés (cas de Chavannaz et Sabrazès paraissent en faveur de cette hypothèse) ; le cas de Morestin fait exception. Les fibromes, en outre, provenant de la charpente conjonctive du corps de la langue resteraient sessiles, ou si le temps le permet, arrivent, par énucléation, à se pédiculiser. Il paraît aussi que les tumeurs de la base sont plus volontièrement sessiles que pédiculées : sur 5 cas de fibromes de la base de la langue, 4 étaient sessiles ; d'où il ressort que ces tumeurs basales sont très peu mobiles, ou leur mobilité, si elle existe, est insignifiante (cas de Blanc, de Pooley). Les fibromes pédiculés, lorsqu'ils siègent à la base surtout, provoquent des accidents spéciaux quand ils viennent au contact de l'orifice supérieur du larynx et du pharynx. Cependant, on est très étonné de voir, dans les cas d'Albert et de Blanc le fibrome remplir l'isthme de gosier sans provoquer aucun trouble notable. De plus, on comprend la facilité avec laquelle on peut enlever et sectionner un fibrome pédiculé ; l'extirpation est plus difficile pour les tumeurs sessiles.

ASPECT. — Ces tumeurs sont assez régulièrement lisses : c'est un premier point à noter. Pourtant, on a signalé un aspect lobé, bi ou trilobé de la tumeur (Laugier, Rendu), ce qui a fait confondre ces fibromes avec des tumeurs d'origine glandulaire. Dans les cas de Notta, de Delore et Dunet, la surface était mamelonnée. Un autre point, c'est que leur coloration est rose ou rouge, ne différant pas beaucoup de la couleur normale de la muqueuse linguale. Cette coloration rouge plus ou moins accentuée dépend de la vascularisation plus ou moins riche de la muqueuse qui recouvre ces fibromes. En effet, on n'a pas assez insisté, croyons-nous, sur la vascularisation de la muqueuse linguale au niveau de la tumeur. On trouve souvent dans les observations : « muqueuse qui recouvre la tumeur rosée et parcourue par fins vaisseaux » (Masson, Waterhouse, Blanc) ; dans le cas de Zahn : « A la périphérie de la tumeur, vaisseaux très développés et pleins » ; dans le cas de Poncet : « Tumeur jaunâtre, rosée par endroit, dû à la présence de petits vaisseaux ». Nous insistons plus particulièrement sur ce point, car on pourrait peut-être ainsi expliquer les hémorragies signalées dans plusieurs cas de fibromes de la langue. Ce serait alors par le mécanisme d'un traumatisme (morsure, frottement, etc.) de la muqueuse que ces vaisseaux saigneraient. Cependant, on a pu quelquefois rencontrer à leur surface des fissures étoilées (Pooley), ou des ulcérations (Lacaze, Petges). Dans le cas de Lacaze, l'ulcération était d'origine dentaire nettement démontrée ; les autres pourraient avoir la même étiologie.

CONSISTANCE. — La consistance des fibromes linguaux est dure, ferme, incompressible, sans point fluctuant. Il y a des exceptions : cas de Poncet (fausse fluctuation) ; deux cas de Chavannaz et Sabrazès (consistance molle).

RAPPORTS. — Ceux-ci ont une importance surtout symptomatique. Les différents organes avec lesquels ces fibromes linguaux peuvent être en rapport, suivant leur siège, la longueur de leur pédicule, sont les suivants : le voile du palais (cas de Blanc), l'isthme du gosier (cas de Fith), de l'épiglotte (cas de Gibb, de Rendu), avec la joue, qu'ils peuvent soulever légèrement (cas de Langier, de Waterhouse). Les rapports des fibromes de la pointe de la langue n'ont pas cette importance symptomatique.

Lésions de voisinage. — On ne les trouve mentionnées dans aucune des observations. Jamais, on n'a signalé un retentissement ganglionnaire.



Observation Delore et Dunet. La pièce opératoire a été fendue en deux et montre des zones de nécrose centrale. Poids 41 gr.

Anatomie microscopique.

Dans ce chapitre, nous allons étudier deux points principaux concernant l'histologie des fibromes linguaux : la tumeur et l'épithélium qui la recouvre.

A *la coupe*, ces tumeurs ont tantôt un aspect jaunâtre, plus souvent un aspect blanchâtre ; on voit aussi, si le néoplasme s'est développé aux dépens du tissu cellulaire sous-muqueux ou aux dépens de la charpente conjonctive de la langue.

LA TUMEUR. — On distingue d'abord une capsule, puis la tumeur elle-même. La *capsule*, quand elle existe, est constituée par le même tissu que la tumeur fibreuse qu'elle enveloppe. On la trouve dans les fibromes siégeant dans l'épaisseur de l'organe ou dans la partie profonde intra-linguale de la tumeur, lorsqu'elle est pédiculée (cas de Petger, par exemple). Comme l'ont très bien décrit Delore et Dunet, la tumeur est parfaitement encapsulée, assez régulièrement ovoïde ; elle est entourée d'une capsule qui se laisse facilement décortiquer ; la capsule est constituée par un tissu conjonctif lamelleux, pauvre en cellules, d'où partent de minces travées divisant la

masse centrale en larges logettes comblées par des éléments fibroblastiques.

De même, la partie profonde, intra-linguale de la tumeur, dans le cas de Petges, était entourée d'une membrane constituée par des fibres conjonctives adultes formant un tissu dense. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Dans l'observation de Bergmann, les tumeurs étaient intimément unies au tissu musculaire. D'autres fois, on fait remarquer que la tumeur est assez nettement distincte des tissus environnants, mais on ne précise pas s'il existe une capsule ou non. Il va sans dire qu'au point de vue opératoire l'existence d'une capsule séparant la tumeur des tissus voisins a une grande importance : on trouve facilement un plan de clivage pour l'énucléation du fibrome.

Quant à la *tumeur* elle-même, elle est constituée par des éléments conjonctifs adultes, sinués, à noyaux allongés, avec protoplasma fibrillaire ; ce sont des fibroblastes typiques, s'enchevêtrant en tous sens, s'associant en faisceaux et donnant à la coupe des aspects variés, suivant l'incidence de leur section. Certains auteurs ont trouvé des fibres élastiques (Castera). Chavannaz et Sabrazès ont bien insisté sur la différence de structure entre les fibromes mous et les fibromes durs. Les fibromes mous sont constitués par des éléments conjonctifs jeunes, nombreux, encore peu différenciés, d'aspect lymphocytoïde et noyés dans de larges plages œdémateuses. Les fibromes durs, au contraire, sont constitués par des éléments conjonctifs adultes, relativement moins nombreux, entourés d'une sécrétion collagène, fibrillaire, très abondante.

Certains fibromes peuvent renfermer d'autres éléments cellulaires. On trouve des cellules graisseuses remplissant des îlots circonscrits par des faisceaux et travées fibreuses (cas de Waterhouse, d'Albert et de Poncet). On a noté quelquefois l'existence de fibres musculaires (cas de Blanc), de tissu muqueux (cas de M'Weeney). On a signalé une tendance à la transformation chondromateuse des fibroblastes (cas de Zahn, un cas de Chavannaz et Sabrazès).

Dans les cas d'une inflammation locale au niveau de la tumeur, on voit une infiltration des lymphocytes très accentuée. Ce sont alors des éléments accessoires,

En ce qui concerne la nutrition de ces fibromes, il faut signaler qu'ils possèdent une vascularisation très marquée. Ils possèdent des lymphatiques propres, comme aussi des filets nerveux.

L'EPITHÉLIUM LINGUAL. — Celui-ci peut rester normal au niveau de la tumeur. Mais, comme l'ont bien remarqué Chavannaz et Sabrazès, cet épithélium peut ne pas avoir partout la même épaisseur, la couche granuleuse peut être peu marquée. On peut noter par place « de l'hyperkératose, avec fissures et légères exfoliations des cellules cornées ». Le corps muqueux de Malpighi peut être peu développé. Les papilles présentent alors les mêmes variations que les prolongements malpighiens.

Symptomatologie.

Les fibromes de la langue se traduisent par des signes physiques et par des signes fonctionnels. Ces derniers, comme l'a montré du Fayet de Latour, se subdivisent en signes tumoraux et en signes de voisinage.

Faisons tout de suite remarquer que les signes fonctionnels peuvent manquer *complètement* ; d'autres fibromes, au contraire, s'accompagnent de symptômes fonctionnels *très accentués*. Entre ces deux cadres extrêmes existent tous les intermédiaires. Alors que certains fibromes restent muets ou presque, et sont souvent ignorés par le porteur, d'autres, au contraire, s'accompagnent d'une symptomatologie plus bruyante : ce sont des formes qui, à cause de leur gravité relative, sont véritablement chirurgicales.

Signes physiques.

Le symptôme le plus apparent est la constatation d'une *tumeur* siégeant dans les différents points de la langue (pointe, bords et base). Celle-ci peut être *pédiculée* ou être *interstilielle*, c'est-à-dire intra-linguale,

se traduisant alors par une saillie apparente visible et une partie profonde, non visible à l'inspection ; seule une palpation minutieuse peut en découvrir les limites. En poursuivant ainsi l'inspection, on détermine la forme, l'aspect, le siège, le volume ; nous avons étudié ces différents points très importants au chapitre anatomo-pathologique. Nous attirons simplement l'attention sur les deux points suivants : la forme lobulée de la tumeur a été signalée quelquefois (cas de Langier, de Rendu) ; de plus, lorsque la tumeur est de gros volume et qu'elle siège sur un des côtés de la langue, elle peut refouler la joue et se traduire alors par une déformation de la face : cette particularité est exceptionnelle, mais elle a été signalée (cas de Laugier, de Waterhouse). Dans un autre cas (Blanc), la tumeur a atteint le voile du palais, qu'elle refoulait, la lnette a été refoulée en arrière.

Passons à l'inspection de la *muqueuse*, qui recouvre la tumeur : elle peut rester *inctacte*, c'est le cas le plus fréquent. Mais parfois il existe à ce niveau des vaisseaux extrêmement dilatés, courant à la surface de la tumeur (Zahn, Waterhouse, Mason, Blanc, Poncet). Ce sont certainement ces vaisseaux qui sont responsables des hémorragies qui compliquent certains fibromes linguaux. Et c'est la source des hémorragies plus ou moins importantes, lorsqu'ils viennent à se rompre ou à s'ulcérer. Cette ulcération de la muqueuse a d'ailleurs été notée dans deux observations (Notta, Lacaze), et, semble-t-il, a un origine dentaire (Notta, Lacaze, Chavannaz et Sabrazès, Petger). Cette ulcération peut être plus ou moins profonde et revêtir

l'aspect de fissures étoilées (Pooley). Dans certains cas, la muqueuse présente des lésions moins accentuées ; elle a un aspect simplement lavé, dépoli (Laugier, Morestin).

La palpation révèle une *consistance ferme, dure, incompressible* : il s'agit là d'un symptôme caractéristique. Mais il y a de rares exceptions : dans le cas de Poncet, la consistance était molle et, par endroits, on trouvait une fausse fluctuation. De même, deux fibromes de Chavannaz et Sabrazès présentaient cette mollesse. *Cette palpation est rarement douloureuse.* La douleur, quand elle existe, traduit la présence de fins filets nerveux à l'intérieur de la tumeur. Deux points sont à préciser : la tumeur est-elle sessile et siège-t-elle à la base ? Il faut alors déterminer par le toucher ses rapports avec l'épiglotte ; puis délimiter, en se guidant par la différence de consistance, ses limites. Ces deux données ont une importance au point de vue opératoire. Nous avons déjà parlé de la mobilité au chapitre anatomo-pathologique.

Signes fonctionnels.

C'est surtout par la présence ou l'absence de ces signes fonctionnels que, cliniquement, nous pouvons les distinguer en fibromes latents, muets, ne se traduisant par aucun symptôme, et en fibromes qui manifestent leur présence par des symptômes plus ou moins accentués, quelquefois relativement graves. C'est les seconds que nous aurons surtout en vue dans

la description suivante, car ce sont eux qui, par leur volume, leur siège, leur évolution, poussent le porteur à consulter et le chirurgien à l'extirper.

a) LES SIGNES TUMORAUX. — Les deux symptômes principaux sont la *douleur* et l'*hémorragie*.

Nous dirons, avec Castera, que, d'une façon générale, il convient d'insister sur l'*indolence* des fibromes lingaux. Certains font exception : ainsi, on a signalé quelques élancements seulement au moment des poussées d'augmentation de volume (Notta), quelques picotements (un cas de Chavannaz et Sabrazès), une douleur à la pression, etc. Un cas intéressant d'anesthésie complète de la tumeur a été noté par Chavannaz et Sabrazès.

Les *hémorragies* sont aussi rares, mais, quand elles existent, ont une grande importance, à cause de leur gravité. On connaît bien les hémorragies répétées, abondantes et graves du cas de Pooley. De même, Haynes avait noté des hémorragies très abondantes dans le cas qu'il a publié. Delore et Dunet ont observé dans leur observation, que nous rapportons ailleurs, à deux reprises, des petites hémorragies, heureusement peu graves. Cette complication ne s'observe que dans les trois cas auxquels nous faisons allusion : le fibrome avait le volume d'un œuf de pigeon.

b) LES SIGNES DE VOISINAGE. — Les tumeurs de la pointe ou même de la portion libre de la langue ne provoquent aucun trouble de voisinage. Ce sont surtout les tumeurs postérieures, celles de la base sur-

tout, ou les tumeurs antérieures, mais possédant un long pédicule, qui donnent, à cause de leurs rapports importants de voisinage (larynx, pharynx, voile du palais, etc.), des troubles intéressants à noter. Exceptionnellement, une tumeur obstruant en partie l'isthme du gosier n'a donné lieu à aucun symptôme (cas d'Albert).

Ces troubles consistent en *troubles de la phonation, de la déglutition, de la respiration et de la mastication* ; nous les exposons ainsi par ordre de fréquence.

Les troubles de la phonation ont été, le plus souvent, signalés. Ils consistent, soit en une prononciation difficile, soit en un timbre guttural, rauque ou nasonné de la voix. Les cas de Blanc et de Rendu sont typiques à ce point de vue.

Les troubles de la déglutition sont un peu plus rares que les précédents. Souvent, ils vont de pair avec les troubles de la mastication. « Ils constituent, comme le dit du Fayet, plutôt une gêne qu'une entrave notable à ces fonctions. » Dans le cas de Pooley, la déglutition était si sérieusement gênée que, pendant quelque temps, la malade ne put avaler les aliments solides ; dans celui de Rendu, les solides sont avalés avec difficultés, tandis que les liquides provoquent la toux, lorsque la déglutition est rapide. Les troubles de la mastication sont dus aux *troubles de la motilité* de la langue, souvent notés dans les observations.

Enfin, *les troubles de la respiration* sont des plus sérieux. Le plus fréquemment, c'est une *dyspnée* plus ou moins accentuée. Dans le cas de Blanc, le malade

présentait un ronflement très marqué la nuit et il lui arrivait de « s'éveiller brusquement avec une sensation pénible de manque d'air ». La *toux* a été aussi signalée : de petits accès de toux survenaient chez le même malade, provoqués par une espèce de démangeaison dans le pharynx.

Une seule fois (Gibb), le fibrome causait des *attaques de suffocation*, parce qu'il venait en contact direct avec l'épiglotte.

Rendu avait signalé un symptôme intéressant : c'est une constriction réflexe de la mâchoire, qui résistait aux différents traitements dilatateurs et qui disparut complètement et immédiatement après l'ablation de la tumeur.

Une *salivation* un peu *exagérée* a été signalée par Shavannaz et Sabrazès et par Morestin.

Il n'existe *aucuns troubles généraux*.

EVOLUTION

L'évolution des fibromes linguaux est très lente et progressive et dure cinq, dix, quelquefois vingt ans, et parfois même davantage. Elle se fait quelquefois par poussées, et devient alors le siège d'un endolorissement léger. C'est en augmentant de volume que les troubles apparaissent ou s'accroissent. Notons qu'un fibrome d'abord interstitiel, peut faire de plus en plus saillie à la surface et se pédiculiser. Une irritation locale peut donner lieu à cet accroissement de la tumeur.

PRONOSTIC

Les fibromes linguaux sont des TUMEURS ESSENTIELLEMENT BÉNIGNES. En effet, on a jamais observé de récurrence, ni de généralisation ; les ganglions ne sont jamais envahis ; l'état général reste toujours excellent. C'est donc dire que le pronostic de ces tumeurs est très favorable. Mais, malgré la bénignité, ces fibromes linguaux peuvent présenter une gravité clinique relative. Celle-ci est alors en rapport avec les troubles plus ou moins alarmants qu'ils peuvent provoquer. Donc, c'est la gravité des symptômes qui dicte la gravité de ces fibromes. Histologiquement, ils sont toujours bénins. Blanc est allé un peu loin en distinguant les fibromes linguaux en fibromes bénins et fibromes malins. Nous croyons qu'il a simplement abusé des dénominations « bénins » et « malins », car on est toujours porté à donner une explication à la fois anatomo-pathologique et clinique aux mots « bénin » et « malin », et cela à juste titre.

Diagnostic.

Le diagnostic des fibromes de la langue ne paraît pas imposer de grandes difficultés. Nous n'avons pas rencontré, dans les observations, des erreurs à ce point de vue : fréquemment, il a été posé d'une manière précise. D'ailleurs, même si l'erreur était faite, l'intervention est indiquée dans beaucoup de cas.

Les points capitaux qui étayent le diagnostic positif sont : la tumeur linguale, son évolution lente, sa consistance dure, la présence d'une muqueuse normale, de coloration rosée à sa surface, sans ulcération, l'absence d'une infiltration ganglionnaire, la conservation d'un excellent état général.

Ces différentes constatations font tout de suite éliminer le diagnostic d'une tumeur maligne (*épithélium* ou *sarcome*). Lorsque la tumeur évolue depuis quelques années, le diagnostic de tumeur maligne sera éliminé par la lenteur de l'évolution et l'absence de ganglions. Si la tumeur évolue depuis peu de temps et qu'on trouve un noyau interstitiel, il est difficile de formuler extemporanément un diagnostic ferme : « Il est vrai qu'au bout de peu de temps, la marche de la maladie guidera le clinicien » (Morestin).

Disons tout d'abord que la gêne respiratoire notée

dans quelques observations (Pooley, par exemple), a fait, au prime abord, croire à une tumeur du larynx : le simple examen de la bouche a fait écarter ce diagnostic. Le même examen fait rejeter tout diagnostic d'affection œsophagienne, dans les cas de troubles de la déglutition.

Lorsque le fibrome est pédiculé, deux diagnostics principaux sont à faire : avec le *sarcome pédiculé* et avec le *granulome télangiectasique*. Dans le cas de *sarcome pédiculé*, on trouve d'abord une évolution rapide, la tumeur est très molle, souvent très vasculaire, sa surface est bourgeonnante, irrégulière et surtout saignante ; l'haleine est fétide. Il y a là suffisamment d'éléments pour éliminer ce diagnostic. Le cas de Mandillon de fibrome enflammé et évoluant rapidement a pu quand même induire en erreur. Chavannaz et Sabrazès font rentrer dans le diagnostic différentiel le *granulome télangiectasique*, signalé par Cunéo et Dalamare : la couleur lie de vin saignant facilement, la surface mamelonnée, vermiculée et l'absence des signes propres aux fibromes linguaux font trancher le diagnostic.

Dans le cas de fibrome interstitiel, les différents diagnostics à faire sont assez nombreux : mais les difficultés ne sont pas insurmontables.

D'abord, la possibilité d'une tumeur bénigne admise, il sera difficile, sinon impossible, de faire le diagnostic clinique de différentes tumeurs mixtes : fibro-lipome, fibro-myome, etc. Il n'a d'ailleurs jamais été fait cliniquement et reste sans intérêt.

La glossite syphilitique est de forme aplatie, avec

une muqueuse atrophiée ; elle se présente en plaques, avec des sillons qui les parcourent. Ici, il est plus difficile de se tromper. D'ailleurs, le traitement spécifique pourrait être tenté.

En ce qui concerne le *lipome*, sa couleur jaunâtre, transparaissant sous la muqueuse, sa consistance molle, fluctuante, son siège de prédilection à la partie inférieure de la langue le caractérisent nettement. Mais, comme on a noté des fibromes ayant cette consistance molle, le diagnostic clinique sera plus hésitant. L'extirpation est d'ailleurs indiquée dans les deux cas.

Une *gomme syphilitique crue* ? Le problème se pose quelquefois, et à juste titre, en raison du traitement différent. Mais ces gommes sont généralement multiples, sont accompagnées d'altérations superficielles ; d'ailleurs, l'absence d'antécédents, de tous stigmates et le traitement d'épreuve font disparaître tous les doutes.

Si on soupçonne un *abcès chronique intra-linguale*, connu par sa longue durée, la ponction exploratrice pourra rendre service, peut-être la palpation aussi (Castera).

Dans le cas d'aspect lobulé de la tumeur, on a cru à une *hypertrophie des glandes linquales* (Laugier). Paget avait pensé à un *kyste sébacé calcifié*, vu la consistance, à un *kyste hydatique ratatiné* ; comme ces affections sont infiniment plus rares, il s'est arrêté au diagnostic de fibrome, qui, par la suite, s'est confirmé. « On est heureusement autorisé à intervenir sans diagnostic absolument précis. » (Morestin.)

Traitement.

Le seul traitement des fibromes de la langue, c'est l'extirpation. Elle est indiquée, d'une façon absolue, lorsque la tumeur s'accompagne de troubles fonctionnels, soit respiratoires, soit digestifs, soit de complications hémorragiques.

« Il y a cependant lieu d'établir une distinction entre le traitement des fibromes sous-muqueux et celui des fibromes polypoïdes. » (Castera.)

Les fibromes pédiculés sont, en général, extirpés sans aucune difficulté. L'anesthésie sera locale, à la cocaïne, ou générale, ou, de préférence, régionale, par infiltration des deux nerfs linguaux. On se sert d'un serre-nœud, des ciseaux ou du thermocautère. Les auteurs se sont servis indifféremment de ces instruments. Chavannaz et Sabrazès « recommandent tout particulièrement le thermocautère », pour cautériser la surface de section qui, parfois, saigne longuement. Cette hémorragie post-opératoire a été souvent notée ; elle peut être abondante. On l'arrête facilement avec le thermocautère ou avec un badigeonnage à l'adrénaline. Si le pédicule se prolonge dans le corps

de la langue, par une portion intra-linguale de la tumeur, on fait une incision élliptique autour du pédicule et on fait l'énucléation facile de cette portion cachée, le plus souvent, entourée par un tissu cellulaire lâche. Rendu a été obligé de faire deux prises au serre-nœud, la première prise n'ayant pas réalisé une ablation complète de la tumeur.

Pour les fibromes interstitiels, sessiles, l'opération est plus laborieuse. D'abord, parce que leur volume est généralement plus grand ; ensuite, parce que leur siège est habituellement postérieur, vers la base de la langue : ils sont alors plus difficilement atteints. Il faut extérioriser fortement la langue à l'aide d'un fil-tracteur ou d'une pince. L'incision sera médiane, et en cas de très grosses tumeurs, peut être faite ellipsoïde, en quartier d'orange.

L'énucléation se fait d'ordinaire très facilement, grâce à la présence d'un plan de clivage entre la tumeur et les tissus propres de la langue. Dans certains cas, cependant, l'extirpation peut être plus laborieuse, lorsque la limitation de la tumeur est peu nette. Dans ce cas, l'opérateur doit faire une dissection laborieuse, s'accompagnant fréquemment d'hémorragie. Elle était abondante dans cas de Delore et Dunet. Au cours de la dissection, l'artère linguale peut être lésée (Waterhouse) ; il s'agit d'ailleurs d'un incident opératoire sans gravité. Une fois l'énucléation faite, on réalise une hémostase soigneuse de la loge par des points profonds, qui adossent les parois de cette dernière d'une façon complète.

Cette extirpation est, dans l'immense majorité des cas, réalisable par les voies naturelles ; le cas de Bergmann est le seul où l'on fut obligé d'utiliser une incision sus-hyoïdienne.

L'intervention en deux temps, telle que la préconisait Blanc, doit absolument être rejetée ; car la portion de la tumeur restée en place peut présenter des phénomènes inflammatoires plus ou moins marqués, les risques d'hémorragie sont plus accentués ; et, comme il s'agit d'une tumeur bénigne, évoluant chez des sujets dont l'état général est toujours bon, le traitement idéal est l'extirpation en un temps, quel que soit le volume de la tumeur. Dans toutes les opérations, les suites opératoires ont été excellentes ; la guérison est obtenue rapidement en dix ou quinze jours.

Conclusions.

I. — Les fibromes de la langue sont des tumeurs très rares. Depuis 1913, nous n'avons trouvé que trois observations françaises.

II. — Ce sont des tumeurs de nature conjonctive et essentiellement bénignes. Cependant, elles présentent, dans certains cas, une gravité relative, surtout lorsqu'elles siègent à la base de la langue, ou lorsqu'un long pédicule permet leur chute en arrière, vers les orifices supérieurs du larynx et du pharynx ; lorsque, enfin, elles s'accompagnent d'hémorragie ou d'une évolution un peu plus rapide, ou lorsqu'elles atteignent un grand volume.

III. — Ces tumeurs apparaissent à tout âge, leur plus grande fréquence se voit autour de 40 ans. Certaines, cependant, sont congénitales.

IV. — Les fibromes de la langue se développent soit aux dépens de la charpente conjonctive de la langue, soit aux dépens du chorion muqueux de cet organe. Dans le premier cas, ils siègent dans l'épaisseur de l'organe et tendent à s'énucléer ; dans le second, ils siègent à la surface de l'organe et sont le plus souvent pédiculés.

V. — Les fibromes linguaux peuvent se développer dans tous les points de la langue, mais naissent avec prédilection au niveau de la face dorsale et des bords. Cette localisation semble en faveur de l'origine irritative chronique, sans que l'on puisse d'ailleurs apporter d'argument définitif en faveur de cette donnée étiologique.

VI. — Les fibromes linguaux sont généralement uniques. Quelques fibromes multiples ont été signalés.

VII. — Les fibromes de petit volume et de siège antérieur ne présentent en général aucun symptôme ; ils sont même ignorés par le porteur. Les fibromes de gros volume et de siège postérieur ont généralement une symptomatologie plus bruyante : ce sont ces derniers qui intéressent plus particulièrement le chirurgien, car ils nécessitent l'ablation.

VIII. — Leur évolution est progressive, dans la plupart des cas. Pourtant, on note des poussées d'augmentation de volume, sous l'influence ou non d'une cause locale. Les dégénérescences diverses ont été

signalées : hyaline, muqueuse, etc. La transformation sarcomateuse n'a jamais été notée.

IZ. — Le pronostic est bénin. Cependant, l'apparition de troubles fonctionnels plus ou moins marqués nécessite souvent l'extirpation de la tumeur, qui n'est d'ailleurs jamais suivie de récurrence.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
I. BÉRARD

Vu :

LE DOYEN,
JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 4 Juin 1924

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER.

Bibliographie.

- MAISONNEUVE. — Des tumeurs de la langue. *Thèse de Concours*, 1848.
- WATERHOUSE. — Removal of fibrous tumor from the tongue. *Boston M. et S. I.*, 1855, LI, p. 513.
- LAUGIER. — Tumeur fibreuse de la langue. Extirpation. Guérison. *Gaz. des Hôp. de Paris*, 1855, XXVIII, p. 453.
- NOTTA. — Tumeur fibreuse de la langue. *Bull. de Soc. de Chir. de Paris*, 1856-7, VII, p. 166.
- MASON. — Congenital tumor of the tongue, in a patient, oct. 27 ; removal of one tumor. *Lancet, Londres*, 1863, II, p. 533.
- GIBB. — Diseases of throat and Windpipe. 2^e éd. *London*, 1864, p. 342.
- PAGET. — *The Lancet*, 1867, VII, p. 735.
- POOLEY. — A fibrous tumour of the tongue. *Amer I. of Med. Sc.*, avril 1872, p. 386.
- FITH. — Fibrous tumour of the tongue. *Amer. J. of med. Sc.*, july 1872, p. 122.
- HYBORD. — Des maladies chirurgicales de la langue. *Arch. Génér. de M.*, 6^e série, t. 22, p. 346, Paris, 1873.
- CLARKE (F.). — Freese of diseases of the tongue. *London*, 1873.
- DEMARQUAY. — Dictionnaire Jaccoud. *Article Langue*, 1874.
- FOLLIN et DUPLAY. — *Traité de Pathol. Ext.*, vol. V, Paris, 1875.
- BLANC (E.). — Fibro-myome de la langue. *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, 12 septembre 1884.
- ALBERT. — *Wiener med. Presse*, 1885.

- ZAHN. — *Deutsche Zeitung für Chirurgie*, 1885, p. 31.
- BUTLIN. — *Diseases of the tongue*. London, 1885.
- HAYNES. — Fibroïd tumor of the tongue. N. Y., M. I., 1885, XLIII, p. 693.
- PONCET. — *Lyon Méd.*, 1888, t. I, p. 131.
- BERGMANN. — *Berlin Klin. Woch.*, 18 juin 1888.
- *Deutsche Med. Woch.*, 1889, n° 23, p. 1.157.
- MANDILLON. — Tum. de la langue. *T. de méd. de Bx.*, 1888-9, XVIII, p. 189.
- DU FAYET DE LA TOUR. — Fibromes de la Langue. *Thèse de Paris*, 1891.
- BOUISSON. — Dictionnaire Dechambre. *Article Langue*, p. 401, 1898.
- M'WEENEY. — Fibro-myxome de la langue. *Dublin, J. M. Sc.*, 1895.
- DUBOURDIEU. — *Thèse de Bordeaux*, 1897. Tumeurs bénignes de la base de la langue.
- LANCEREAUX. — Les tumeurs conjonctives. *J. de Méd. int.*, Paris, 1900, IV, p. 751.
- CUNÉO et DELAMARE. — Granulome telangiectasique de la langue. *Trib. méd.*, Paris, 1907, p. 261.
- CHAVANNAZ et SABRAZÈS. — Fibromes de la langue. *Province Médicale*, 12 octobre 1907.
- PETGES. — Fibrome de la Langue. *J. de Méd. de Bx*, 1910, XL, p. 582.
- BROCA (A.). — In Reclus et Simon Duplay. *Art. Fibromes de la Langue*.
- GROSS. — *System of Surgery*, vol. II, p. 470.
- LE DENTU et DELBET. — *Fr. de Chir. Clin. et opér.*, t. 6, p. 199 (Morestin).
- CASTERA. — Contribution à l'étude des fibromes de la langue. *Thèse de Bordeaux*, 1913.
- MORESTIN. — Fibrome de la muqueuse linguale. *Bull. et Mém. de la Société Anatomiq. de Paris*, 1913.
- DELORE et DUNET. — Fibrome de la langue. *Lyon méd.*, 10 mars 1923.
- RENDU (R.). — Fibrome pédiculé de la base de la langue. *Lyon méd.*, 10 juillet 1923.

TABLE DES MATIERES

Introduction.....	7
Historique	9
Observations.....	15
Etiologie.....	54
Anatomie pathologique macroscopique.....	59
Anatomie microscopique	65
Symptomatologie	68
Diagnostic.....	75
Traitement.....	78
Conclusions.....	81
Bibliographie.....	85
